العلاج النفسي الحديث
للادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية



دار النشر

بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب

بالرياض

العلاج النفسي الحديث
للادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية

الدكتور محمد حمدي حجار

دار النشر

بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب

بالرياض

١٤١٢هـ

دار النشر
بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب
بالرياض

الرياض

١٤١٢هـ [الموافق ١٩٩٢م]

بسم الله الرحمن الرحيم

المحتويـــــات

المقدمـــــة

تفتقر المكتبات والمؤسسات العلاجيـة النفسية، والجـامعات الى مـرجع حـديث يشرح بـاسهـاب خـطوات العـلاج النفسي السلوكي المعرفي للادمان على المخـدرات والمؤثرات العقليـة وذلك ضمن اطـار علاج الادمان التكاملي الدوائي، والنفسي السلوكي، واعادة التـأهيل الاجتماعي.

ولـلأسف حتى هـذا اليـوم يعـالـج الادمـان عــلى المخـدرات والمؤثرات العقلية بالطرق الدوائية والطبية سواء في المشافي النفسيـة أو المتخصصة بالادمان أو في العيادات النفسية الخارجيـة، وهذا العـلاج المنقوص يحقق فقط ازالة التسمم الحـاد بالمخـدر أو المسكر، أو حمـاية المدمن من أعراض سحب المخدر أو المسكر الطبية فقط وليس تبـديل سلوكـه الادماني، لـذا فإن الانتكـاس يكون بنسبـة تقـارب ٩٠٪ في علاج الادمان بالطرق الدوائية.

إن هذا الكتاب هو الضالـة المنشودة لكـل معالـج أو باحث أو أستاذ في الجامعة في علاج الادمان بالـطرق الحديثـة التي تتبنى العلاج المتعـدد المذاهب أو المـدارس العلاجيـة التكامـلي والريـادي اليـوم في الولايات المتحدة الأمريكية

لقـد اعتمـدت في تـأليفـه عـلى رواد العـلاج النفسي السلوكي

والمعرفي في مؤلفاتهم أمثال ألبرت أليس، وجوزيف ولبي، ومارلات، وبارد وباندورا وبيك، وفيلانت، وأملي أن أكون قد وفقت في سد فجوة كبيرة في علاج الادمان.

الدكتور محمد حمدي حجار

الفصل الأول

المدخل

تعد مدرسة ألبرت أليس Albert Ellis، المنسوبة الى هذا العالم السيكولوجي الكبير وصاحب نظرية العلاج الانفعالي العقلاني (الفكري) Rational Emotive Therapy، احدى المدارس الكبيرة المشهورة في العالم والتي لا نظير لها في تاريخ العلاج النفسي المعاصر، وهذه الشهرة إنما جاءت بفعل شمولية وتكامل هذا النمط العلاجي النفسي واتساع صيته في الأوساط العلاجية النفسية السلوكية (Hepp-ner, Rogers 1982). وتعود هذه النظرية العلاجية النفسية الى عام ١٩٥٥، حيث اتسعت دائرة التعامل بها على المستوى العلاجي فأصبحت اليوم من كبريات العلاج النفسي التي تتحدى العلاج النفسي التحليلي الفرويدي بنسبة نجاحها العلاجية العالية ومصداقية النتائج العلاجية في مستوى العُصابات النفسية واعادة تبديل السلوك.

وقد لاحظ البرت أليس خلال علاجه أن مرضاه قد استفادوا من طريقته العلاجية استفادة جمة بدون سبر القصة المرضية سبراً راجعاً الى عهد الطفولة، وبدون التعامل مع نواميس الإمراض النفسي على المستوى اللاشعوري الفرويدي، أي العقد النفسية وديناميكيتها اللاشعورية، والكشف عنها بالطرق العلاجية التحليلية وجرها الى وعي المريض وشعوره، أو من خلال التعامل مع مبدأ

التحويل العاطفي Transference في العلاج النفسي الفرويدي ، إذ أن مرضاه الذين يشكون اضطراب السلوك والانفعال قد تبدلت عواطفهم وسلوكياتهم اللاتكيفية المرضية بفعل اكتسابهم طرقاً جديدة في التفكير، أي بتعبير آخر من خلال تبديل بنيتهم الفكرية المعرفية ومعتقداتهم وتأويلاتهم للمنبهات الخارجية والداخلية ، كما ووجد أليس أيضاً أنه في مقدوره تقديم العون للمرضى للتغلب على متاعبهم من خلال طرق مباشرة، واقتصاد في الوقت ومصروف العلاج .

وعلى عكس العلاج النفسي التحليلي الذي يستند أساساً على قانوني التداعي الحر Free Association في سبر العناصر المرضية الكامنة في اللاشعور، حيث يكون المعالج في موقف سلبي ، يقتصر دوره على الانصات ورصد هذا الفيض من التداعي اللاشعوري والسعي لتحليله وهو في عملية اصطياد العقد النفسية المسئولة عن الاضطراب النفسي، والكشف عنها، وجرها الى شعور المريض واستبصاره، فإن دور المعالج في هذا العلاج الجديد يكون فاعلا وليس منفعلا، يساعد المريض ويحثه على تحدي معتقداته الخاطئة اللامنطقية ومناهضتها بأسلوب خاص معين. وهكذا يمكننا أن نصف العلاج الانفعالي العقلاني لالبرت أليس بأنه علاج تبديل المعتقد والفكر والانفعال الذي يؤكد على التوجيه والمداخلات الفعالة والتي يشترك فيها المعالج والمتعالج ، ويلعب هذا الأخير دوراً أساسياً (من خلال التمارين والتدريبات العلاجية السلوكية البيئية) في شفاء نفسه .

١ ـ سمات النظرية الانفعالية ـ العقلانية وخصائصها المتميزة :

تختلف هذه النظرية العلاجية عن غيرها من مدارس العلاج النفسي، إنها تركز على الدور الكبير الذي يلعبه المعتقد أو التفكير في الاضطراب النفسي عند الكائن البشري، بينما نجد في المدرسة التحليلية الديناميكية بخاصة أن أسس علاجها ومرتكزاته الأساسية إنما تعتمد على دراسة ماضي المريض ومحتويات لا شعوره والحوادث البيئية المحيطة، فإن مدرسة البرت أليس وطريقته العلاجية تركز على المعتقد، والكلام مع الذات، والمواقف الفاعلة في الاسهام في تسبيب الاضطراب الانفعالي والاضطراب السلوكي واستمراريتهما، وبدون تبديل هذه المكونات المعرفية التي ذكرناها يستحيل تبديل الاضطراب الانفعالي والسلوكي.

وأكثر من ذلك فإن النظرية المعرفية الفكرية Cognitive التي نحن بصددها لا تغفل أهمية العوامل البيئية، والبيوكيميائية والارثية في تأثيراتها على السلوك والعاطفة عند الانسان، ولكنها من ناحية أخرى تلح على أهمية القدرات الكامنة الفطرية الموجودة عند الانسان القادرة على تبديل التفكير المسبب للمرض والاضطراب النفسي والسلوكي، وفتح الباب العريض أمام تفكير معافى سليم يشع بالأمل والتفاؤل وحياة سعيدة (Ellis, Becker 1982).

٢ ـ نظرية البرت أليس في مختصرها أي نظرية A B C :

استمد البرت أليس نظريته التي سميت باسمه من مقولة

الفيلسوف اليونـاني ابقتيطس التي تقـول: ليست الحوادث الخـارجية هي التي تـزعجنا وتكـدرنـا ولكن تـأويـلاتنـا ومعتقـداتنـا ازاء هـذه الحوادث هي المسببة للكدر والقلق والغم. أي بتعبير آخر إن العنصر المعـرفي الادراكي والتفكير هـو العامـل الـوسيط في تـرجمـة الحـوادث الخارجية وخلق رد الفعل الانفعالي، وعـلى هذا فـالاضطراب النفسي وفقاً لهذه المقولة تسببـه . تأويـلاتنا للمنبهـات الداخليـة الصادرة عن نفوسنا أو عن المحيط الخارجي

إن هـذا الاضطراب يُعـبر عنه بـطرق مختلفـة، فبعض الأفـراد يصـابون بـالاكتئـاب والبعض الآخـر بـالقلق أو بـالشعـور بـالنقص والصغـارة وآخرون يـدمنون عـلى الادوية المخـدرة وأناس يصـابـون بالقرحة أو ينتحرون الى غير ذلك، إن السؤال المـطروح في سياق الكلام هو ما هي أسباب متاعبنا النفسية؟

هذا السؤال هو هام جداً في العـلاج الانفعالي العقـلاني الذي نحن بصـدده، بل هـو لبنة العـلاج وأساسـه وجـوهـره، السبب هـو تفكيـرك وتأويلك للمـوقف وليس الموقف نفسـه، فـالبشر والحـوادث الخارجية لا تعد محرضـات لسلوكك القلقي والاكتئـابي أو الوسـواسي وغير ذلك، فأنت المسئول عن خلق هذه الاضطرابـات الانفعاليـة في نفسـك، وهذا يتـطابق تماماً مع مقـولة العـالم اليـونـاني والفيلسـوف ابيقتيـطس Epictitus الأشيـاء لا تــزعـج البشر، ولكن تـــأويـلاتهم ونظرتهم الى هذه الأشياء هي التي تسبب لهم الانزعاج.

وقد يحتاج القارىء الى بعض الأمثلة المحسوسـة لتوضيـح هذه

النظرية العلاجية لنفترض أن صبيين يلعبان على شاطىء البحر، وفجأة ضربتهما موجة كبيرة فرمتهما أرضاً على الساحل الرملي، أحدهما ركض خائفاً يستنجد بأمه مذعوراً، أما الآخر فقد استعذب هذه المداعبة الساحرة للموج، وانتظر استقبال موجة أخرى من هذا القبيل.

وكما نشاهد في هذا المثال أن الظاهرة هي واحدة عند الاثنين، فالموجة ضربت الاثنين، الاَّ أن تقويمهما لهذه الظاهرة أو الحادثة الخارجية هما المختلفان، فالموجة لم تسبب الهروب للولد الأول ولم تجعل الولد الثاني في موقف سلوكي مختلف بل أن تأويليهما المختلفين هما اللذان سببا ردود فعل مختلفة.

وهكذا فإننا عندما نقول إن انساناً ما يبدو مضطرباً فإننا نعني أن تقويمه Evaluation لموقف معين هو غير صحيح، ونتج عن سوء التقويم مشاعر الانزعاج وبالتالي تصرف تصرفاً غير مرض ولا منتج، وعلى هذا فهدف الارشاد العقلاني الموضوعي هو تعليم البشر كيف يستبصرون بخطأ معتقداتهم وتفكيرهم، ومن ثم ايصالهم الى النظرة أو التأويل الواقعي حيال ذواتهم والمثيرات أو المنبهات الخارجية.

بعد هذه الأمثلة المبسطة التي تشرح أسس النظرية العلاجية التي نحن بصددها، ننتقل الى شرح المعادلة A B C انطلاقاً من ما ذكرناه. أنت الآن مثلا في موضع انتقاد من قبل الآخرين، وقد كان رد فعلك على هذا الانتقاد بالغضب وبالسلوك الدفاعي. يحلل هذا الموقف على الشكل التالي:

A = المنبه الخارجي الذي نشط العمليات الادراكية والفكرية وهو الانتقاد.

B = تأويلك وتفكيرك ومعتقدك حيال هذا الانتقاد.

C = رد فعلك عما تمخض عن التأويل والمعتقد (الغضب والسلوك الدفاعي).

الآن لنعد الصيغة السابقة بادخال عنصر التأويل وكيف تم على هذا المستوى:

A = (الحادثة المحرضة) الانتقاد والرفض.

B = (ترجم الحادثة وأوّلها فأخذت الصورة التالية في الحديث مع الذات):

- لا أستطيع تحمل هذا الانتقاد.
- الذي انتقدني هو انسان ظالم غير محق.
- يتعين عليه الا يوجه اليَّ هذا الانتقاد.
- أنا انسان مرفوض.
- أنا انسان ضعيف الحجة، لا قيمة لكلامي أمام الناس.

C = (رد الفعل الذي نجم عن هذا التأويل للموقف) الشعور بالاحباط والاكتئاب، قيمتي ضعيفة أمام الناس.

ما هي الأفكار غير المنطقية التي تؤدي الى الاضطراب الانفعالي؟! هناك العديد من الافكار والاحاديث مع الذات التي تسبب الكدر والشقاء والتعاسة النفسية والاضطراب النفسي، بل وعلة المرض النفسي والكثير من الناس يلحون في تعزيزها في

أنفسهم، وهـذه الأفكار والكلمـات هي : الأفكار الحتميـة والأفكـار المخيفة.

أ ـ الأفكار أو المقولات الذاتية الحتمية Should المفروضة على الذات.

وهي مقولات تأكيـدية جـداً في وصف الموقف الخـارجي المحرض عـلى التأويـل والتقويم مثـلا: يجب علي كـذا يجب أن أحصل على كذا يجب أن أصر على كذا يجب أن أمتلك كذا

أي أنك تفرض على ذاتك مطالب يتعين تحقيقها. بدون وجود خيارات في حال عدم تحقيقها، فبقولك «يجب» معناه أنك حـولت الرغبة الى مـطالب، وكأني بـك تقول يجب أن يكـون اللون الأحمر أزرق، وهـذا مطلب غـير واقعي فكما أنـك لا تستطيـع تحويـل اللون الأحمـر الى أزرق، كـذلـك فـأنت لا تتحكم بقـوانـين الاحتمـالات في الحيـاة وغـير قـادر عـلى السيـطرة عـلى الحـوادث الخارجية. فقد تستطيع النجاح في الفحص وقد لا تستطيـع، وقد تظفر بحب فتاة وقد لا تـظفر، وقـد تظفـر في نجاح للدخـول الى وظيفـة وقد لا تـظفر فكلمـة يجب، تعني القدرة التـامة المقتـدرة المطلقة، وهذا هو جزء من القدرة الالهية وليس مس قدرة العبد، وعندما تفـرض على ذاتـك ما قـد تفشل في الـوصول اليـه وبدون وجـود بدائـل فمعناه أنـك انزلقت حكمـاً في الاحباط، واليـأس والقنوط وهنا تبدأ السيرة المرضية، وتخطو نحو المرض النفسي.

ب ـ المقـولات التي تبالـغ في وصف الحـوادث وتضخم وقعهـا في النفس، وهذه المقولات هي مثلا: «انه لأمر مريع إنه لشيء مخيف جـداً، أنا لا أستـطيع تحمـل هذا الأمـر المـرعب إنـه

لشي- فوق قدرتي على تحمله . » فهذه المواقف الانفعالية تبدو غير واقعية ومحض مبالغات، ذلك لأنك تترجم الأمر المخيف الى كارثة، وكأني بك تقول لذاتك ٢ + ٢ = ٤٠٠ بدلا من ٤، ومثل هذا التفكير الكارثي يسد في وجهك القدرة على التحمل فتجعل من سوء الحظ كارثة فرد الفعل النفسي يختلف اختلافاً كلياً بين الاعتقاد، إن هذا سوء حظ حدث لك أو انه لحقت بك كارثة يصعب تحملها، فالاعتقاد الأول يؤدي الى الانزعاج بينما المعتقد الثاني يؤدي الى اليأس والقنوط، والميلوخوليا، إن الهدف من العلاج الانفعالي العقلاني أن يجعلك ترى الواقع واقعاً، وليس الواقع المشوه المُضخّم في الحتميات وفي المبالغات الانفعالية للمواقف.

جـ - كيف تستطيع التغلب على هذه المعتقدات والعواطف اللاعقلانية؟ نضيف الى المعادلة السابقة التي شرحناها في الحرفين E, D، وبذلك تصبح المعادلة العلاجية وفق الشكل التالي:

A-B-C-D-E فالحرف D يعني المناهضة والتساؤل والتحدي، وعلينا الاَّ ننسى أن الخطوة الأولى في التعامل مع «المواقف المخيفة التي نضخمها، والمواقف التي نفرضها على ذواتنا والتي شرحناها آنفاً، هذا التعامل يكون بأن نسأل أنفسنا لماذا؟

فحرف D إذن يترجم على الصورة التالية:

- لماذ اعتبر انه لأمر مخيف إذا ما ارتكبت خطيئة؟
- لماذا يجب عليَّ الاَّ ارتكب هذه الخطيئة؟

O لماذا إذا ارتكبت خطيئة ما عليَّ أن أتهم نفسي بالحماقة وضعف العقل.

أما الحرف E فهو يعد بؤرة ولب وجوهر الارشاد العقلاني العلاجي، انه النقطة المنطقية العقلانية والحساسة التي أجيب فيها على التساؤلات السابقة لماذا؟

الآن وقد اكتملت الصيغة فلننظر اليها في سياق مثالنا التالي:

D: لماذ اعتبر أنه لأمر مخيف إذا ما ارتكبت خطيئة؟ فيكون الجواب بالدحض التالي العقلاني الذي هو E: إنه لأمر غير مخيف وليس هو بالشيء المزعج ولا المسبب للاحباط ذلك لأنه لا يرغب أي انسان أن يرتكب اخطاء، ولكن لو حدث الخطأ فهل هذا معناه أن الانسان معصوم عن الخطأ وهذا الارتكاب للخطأ هو اثم كبير؟ ان ما يترتب عن الخطأ يكون مؤسفاً ولكن لا يصل الى درجة الأمر المخيف الكارثي:

D: لماذا يجب عليَّ الا ارتكب هذه الخطيئة؟

E: بالطبع فمن المفضل الاَّ أرتكب خطيئة، ولكن لا يوجد أي ناموس أو قانون يفرض على المرء أن يكون معصوماً عن الخطأ، لا أرتكب أي خطأ، أو يتعين عليَّ الاَّ أخطىء (حتى في أبسط الأعمال) ولهذا فإن كلمة «يجب» اللاعقلانية، هي مطلب مطلق تعني أنه يتعين عليَّ أن أكون كاملا، أي الاَّ أفعل ما فعلته، أي ارتكاب الخطأ.

D: لماذا إذا ارتكبت خطيئة ما عليَّ أن اتهم نفسي بالحماقة وضعف العقل؟

الفصل الثاني
مشكلة التعود على المخدرات والمشروبات الكحولية
«المواد المبدلة للمزاج»

يعد الاقبال على المسكرات اليوم المشكلة الأولى في العالم المرتبطة بالصحة العامة وتليها المخدرات. ورغم أن الاحصائيات المتعلقة بالكحولية وسوء استخدام الكحول والعقاقير المبدلة للمزاج مختلفة متباينة، الاَّ أن التقديرات المحافظة ترى أن الادمان على الكحول يشكل ما نسبته على أقل تقدير ٤٪ من مجموع السكان (Royce 1981) ـ في البلدان الصناعية ـ، ويقدر عدد البشر الذين يتعاطون المشروبات الروحية في الولايات المتحدة الأمريكية أكثر من ١٠٠ مليون، منهم ٦ ـ ١٠ ملايين يصنفون في عداد المدمنين، ويضاف الى هذا العدد مليون من المراهقين (٢١ سنة) ـ Brandsma 1980 ـ وعندما نتصور أن كل «مدمن» على المواد المبدلة للمزاج يؤثر تأثيراً سيئاً على حياة آخرين، حينئذ يتصاعد العدد ليصبح ٧٠ مليون من الأمريكيين يعانون من مشكلات اجتماعية وشخصية هامة تعزى الى الادمان على المواد المبدلة للمزاج (Franks 1985). وأكثر من ذلك تقدر الخسارات المالية الناجمة عن الادمان على الكحول والمواد المخدرة في ميدان رعاية الصحة، وهدر الطاقة والانتاج البشريين، والبطالة وترك الأعمال عند المدمنين بحوالي ٧٠ بليون دولار أمريكي

سنوياً (Ruayle 1983). وهكذا نجد هول الخسارة الاقتصادية والاجتماعية والشخصية الناجمة عن هذه الآفة الاجتماعية والاقتصادية التي تأكل الأرضية التحتية للمجتمعات وبخاصة الصناعية المتقدمة

ظهر اتجاه في السنين الأخيرة نحو ادراك خطورة الصعوبات والمشكلات المتعددة الأبعاد التي يسببها الادمان على المواد المبدلة للمزاج. إذ ظهر في الأفق الوعي المتنامي لمشكلات الادمان وما تجره من ويلات اجتماعية واقتصادية وأسرية، وشخصية على مستوى المهنيين الذين يعملون في قطاع العناية بالصحة والأسر، وأرباب العمل، والمدمنين أنفسهم، فالمدمنون أصبحوا أكثر وعياً وادراكاً لمشكلاتهم من ذي قبل، فأخذوا يلتمسون العون والعلاج. وعلى مستوى أسباب الادمان هناك جدل ما زال قائماً حول الأسباب الدقيقة والصحيحة لهذا الادمان وأفضل الطرق لعلاجه، والذي لا خلاف فيه والأمر المتفق عليه بين القائمين على الأمور العلاجية أن المعالجة المبكرة والمباشرة هي الأفضل والأكثر فعالية

تعاريف:

لا مراء أن الدراسات المتوافرة عن تعريف وتشخيص وعلاج الكحولية ومشكلات الادمان على المواد المبدلة للمزاج هي كثيرة ونحن بلاشك لسنا بصدد مناقشة هذه الدراسات ومعاينتها   إذ غالباً ما يعرف الكحولي بكونه انساناً يوجد لديه التفكير المحرض على شرب الكحول أو لا يوجد مثل هذا التفكير   وقد ناقشت دراسات

كثيرة وتجادلت في الكحولية حيال هذا التعريف، أما نظرية الانفعال والعقلانية لالبرت أليس فقد تمسكت دوماً بالقول إن التفكير المحرض على شرب الكحول أو نفي وإزالة هذا التفكير هو جوهر الكثير من الاضطرابات الانسانية البشرية، (Ellis 1962)، هذه النظرية تتبنى موقفاً علاجياً يقوم على التفكير العلمي الصحيح كأداة لتحقيق التكيف السيكولوجي

تحاول نظرية العلاج الانفعالي ـ العقلاني تجنب التفكير الجامد المنقسم dichotomous الذي ينفذ الى ميدان الادمان على المواد المخدرة. ومن الواضح أنه من الصعوبة بمكان تقديم العون الى المدمنين على المواد المبدلة للمزاج الذين لديهم الاستعدادات التركيبية المسبقة الارثية للتفكير المنقسم وذلك من خلال عرض التفكير المنقسم وتعريفهم عليه لفهم اضطراباتهم، وعلى هذا فإننا في هذا الكتاب نرنو الى الأخذ بالمفاهيم المرنة من أجل صياغة المعالجة وتعليم التفكير المرن الى المرضى المدمنين.

من ناحية أخرى نجد أن التقليديين في علاج الكحولية والادمان عموماً يطرحون المقولة التالية: «متعاطو الكحول بكميات قليلة يماثلون الشخص المبدع ابداعاً قليلا»، الّا أن هناك ما يقابل هذه النظرية بما جاء به البحاثون بأن أفضل ما ينظر الى الكحولية بكونها استمرارية محددة بمشكلات تتسم بالتكرار وبالاتساع وبطول المدة الزمنية مصحوبة بتناول الكحول وسوء استخدامه (Valliant 1983). وعلى هذا فالتعريفات النافعة المفيدة للكحولية قد تجنبت خلق التصانيف المنقسمة، فالتقرب التقليدي يشجع التفكير الحدي

المطلق حيال الكحولية والادمان، وبذلك يخلق روح هزيمة الذات.

إن الكتاب التشخيصي والاحصائي المسمى DSM III (الصادر عن الجمعية الأمريكية السيكاترية ١٩٨٠م) حاول أن يدمج بعض هذه الافكار الحديثة الخاصة بالادمان في تعاريفه التشخيصية فسوء استخدام الكحول والتعود عليه dependence يعرفان بالمشكلات الخاصة بسوء استخدام الكحول. وسوء استخدام الكحول يوصف بالاستخدام المتكرر لمادة الكحول رغم تفاقم المشكلات العملية التي يواجهها الشارب بفعل تعاطيه الكحول أو المخدر. ثم إن التعود ينظر اليه من زاوية الادمان والذي يترتب عنه متلازمة (أعراض) سحب المادة المبدلة للمزاج حين توقف تعاطيها أو تخفيض الجرعة المتعود عليها المدمن. وهذا الأمر يقودنا الى تأكيد مسألة الادمان على المستوى الفيزيولوجي والسيكولوجي، أي أن الكحول يحدث التعود النفسي والفيزيولوجية معاً

أجرى (Vaillant 1983) دراسات طولانية تناولت مسألة الادمان على الكحول والمواد المبدلة للمزاج عند الكبار (ذكور)، وقد تم تقويم حالاتهم مراراً وتكراراً عبر مدة ٤٠ سنة (أربعة عقود). وقد أظهرت هذه الدراسات قيمة استخدام قياس تعاطي الكحول الذي ابتدعه «فاليانت» ذاته. إذ في هذا المقياس تم طرح أسئلة على الكحوليين الخاصة بالاسراف في تعاطي الكحول وما يترتب عنه مس مشكلات اجتماعية واقتصادية، مهنية تلحق بالمدمن كفقدان العمل والاضطرابات الأسرية والزوجية، وشكاوى أرباب العمل من الموظف المدمن، والمسائل الطبية (الأمراض) والسبات الكحولي

والغياب عن العمل. ولوحظ أنه كلما تزايدت وتواترت هذه الصعوبات، تأصلت وتعززت مشكلة الادمان.

إن التقرب العلاجي المتركز على الكحولية هو الذي يأخذ به العلاج الانفعالي العقلاني. فهذا العلاج يرى أن عمل المعالجين هو الكشف عن المشكلات الاجتماعية والسلوكية والانفعالية عند المريض، ويسعى هؤلاء المعالجون الى تبديل سلوك المريض من خلال تغيير أفكاره، ومشاعره.

وفي الوقت الذي نجد فيه أن معظم الكحوليين يرغبون في الاستمرار في تعاطي الكحول، فإنهم لا يميلون الى النتائج التي تبعدهم عن ادمانهم وعن المشكلات التي تتأتى عن هذا الادمان، وبالطبع ان في مقدور المعالجين المختصين في العلاج الانفعالي العقلاني أن يتصرفوا بسرعة حيال هذه المشكلات وربطها بمسألة الادمان التي تعود الى العديد من السنين، ومن ثم يستطيعون أن يروا التغيرات والطرق الفاعلة التي تؤدي الى هذه التغيرات المطلوبة بصورة فعالة في سلوك المريض المدمن.

١ ـ المرض أو اضطراب السلوك:

على المستوى التاريخي لم يسبق أن وجد ميدان تناول مسألة الكحولية الاّ وانخرط في جدال في وقت لم يتمحور الفكر عن أسبابه مثل التجادل فيه في الماضي كان ينظر الى الادمان على الكحول كمسألة أخلاقية فالكحوليون تعوزهم قوة الارادة لتنظيم شربهم

والسيطرة عليه، وتعد الكحولية البرهان على الطبيعة غير الأخلاقية للكحولي.

خلال النصف الأول من هذا القرن أخذت مشكلة الكحولية تشد الانتباه على أساس كونها معضلة طبية وسيكولوجية، وقد اعتبر أن تأثير المرض غير المحدد الذي يقود الى الوسواس والجبر على تناول الكحول هو سبب هذا الاضطراب، وهذا المفهوم ساعد على ظهور الاسم المجهول للكحوليين (Kurts 1979)، وبذلك عرفت الكحولية كمشكلة طبية.

خلال الخمسين سنة المنصرمة كانت تعد الكحولية «مماثلة للمرض»، وهذه النظرة انبثقت عن كون الكحولية تعد مترقية خلسية في سيرها المرضي، وهي أيضاً تخاذل الارادة في الوصول الى معالجة ناجحة، أما اليوم فإن المعنى المجازي لهذه الصيغة الأصلية قد غاب وتلاشى وحلت محله التفسيرات المرضية المهنية السائدة (Jellinek 1960). ويهمنا أن نعرف أنه لا صحة في النظر الى الكحوليين بكونهم ضحايا لمرض خفي لا يمكن اسعافهم وتقديم العون لهم بفعل عدم تعاونهم لخلل في سمات طبعهم الأخلاقية.

ويلح فيلانت (Vaillant 1983) على أن الطريقة لفهم الكحولية ودراستها تكون في استخدام الصحة السلوكية المتعددة العوامل Multi Factorial أو الأخذ بالأنموذج الاضطرابي السلوكي. وفي نظر الباحثين الذين يأخذون بنظرية التعلم الاجتماعية أو السلوكية (Miller 1983, Gordon 1985) أن التفسير المحدد لأنموذج المرض قد يعرقل علاج

المـراحل الأولى التي يمـر بها الكحـوليـون نـظراً لأنهم لا ينـظرون الى أنفسهم كأشخاص مصابين بمـرض ويرغبـون عن النظر الى الامتنـاع عن الكحول على أساس هدف العلاج.

ومن خلال معاينـة السير المـرضي للكحوليـة نجد أنها ملتصقـة باضطراب الصحة السلوكي، وعند البعض تعد مرضاً حيث قد يبذل المـريض بعض الجهـد القليـل للسيـطرة عـلى النـزوع ولكن بـدون الاهتمام بالعلاج وتبديل أسلوب الحياة تبديلا جوهرياً

وأشار فيلانت (١٩٨٣) أيضـاً أن الكحوليـة تعد مـرضاً تمـاماً مثـل اعتبار ارتفـاع ضغط الدم الأسـاسي مرضـاً. فـارتفـاع الضغط الشـرياني الأسـاسي أو الآفة الـوعائيـة الاكليلية القلبيـة هما مـرضـان دائمان مستمران، وأن الكشف المبكر لهذين المرضين وعلاجهما يحتاج الى تبديل في أسلوب الحياة وخلق عادات صحية من التفكير والمشاعر والسلوك وليس الاقتصار على العلاج الدوائي لوحده.

أما بالنسبة للكحولية فان المداخلة العلاجيـة الفعالـة تحتاج الى تبديل عادات الحياة اضافة الى معالجة طبية نوعية. وننبه الى أن اعتبار الكحولية أو ارتفاع الضغط الشريـاني الأساسي بكـونهما مرضـاً بدنيـاً فقط أو نتاج عادات سيئة فقط فهذا هو الخطأ بعينـه، لأن مثل هـذا الاعتبار يقود الى معالجة ناقصة وغـير فاعلة في كـل واحد منهـما. ففي كلا الاضطرابين يكون الأفراد المصابون باحدهما لا سلطان لهم عليـه مـا دامت مشكلاتهم منكـورة، وأن بعض السلطان أو السيـطرة عـلى الاضطراب يمكن حيازته بقبول المريض اصابتـه بالكحـولية ـ ارتفـاع

ضغط الدم، والعمل بكل ما يملكه من قوة وحماس، وثبات لازالة هذا الاضطراب (بالنسبة للكحولية) والسيطرة على ضغط الدم بأقل جرعات دوائية ممكنة.

٢ ـ السيطرة على شرب الكحول مقابل الامتناع عنه:

إن الفروق بين التعلم الاجتماعي والطبي أو الانموذج السلوكي للكحولية تبدو أكثر اثارة للجدال من ما يسمى الآن: بالجدال الدائر حول السيطرة على الشرب» (Miller 1983, Marlatt 1985)، وهذا الجدال يتأجج ويسعّر بالنظرية التي تقول في حق الشارب بالتفكير المشغول بالكحول أو الخالي منه.

إن الدراسات التي تتناول القصة التاريخية الطبيعية أو سير الكحولية أي مثل دراسات العلامة فيلانت (١٩٨٣) تشير الى أن الأفراد الذين تمت متابعتهم خلال حياتهم اتضح فيها أن بعض الكحوليين، اما انهم شفوا تلقائياً من ادمانهم أو أضحوا شاربين بلا أعراض. ووجد كل من ميللر وهيستر (١٩٨٠) من خلال مراجعتهما الموسعة لنتائج العلاج أن متوسط الشفاء التلقائي أو العودة الى الشرب الخالي من الأعراض Asymptomatic هو بحدود ١٩٪ وحيث أن بعض المدمنين ينزعون فيما بعد الى السيطرة على شربهم للكحول، فقد بدا أن تعليم السيطرة على الشرب بالنسبة للكحوليين قد يعطي نتائج علاجية فعالة وكما ذكرنا في بداية هذا الكلام أن هذه القضية هي مثار جدال ونقاش بين العلماء.

هذا واذا اعتبرنا أن الكحولية لابد وأن تكون حتمية في ترقيها وتقدمها اضافة الى انذار غير محمود في معظم الحالات، حينئذ فإن السيطرة على الشرب، واستراتيجياته الرامية الى علاج السيطرة على الذات لاتبدو فقط غير مجدية ولكنها خطرة ولا أخلاقية. في مراجعة أجريت من قبل كاري وميستو (١٩٨٥) تناولت استخدام استراتيجيات السيطرة على الذات في علاج الكحول، أكدت الحاجة الى مزيد من البحث المستقبلي.

ووجدا أن العلاجات القائمة على السيطرة الذاتية لها فعاليتها في المداخلة العلاجية المبكرة للمشكلات المرتبطة بالادمان. وانتهيا الى القول إن فعالية تقنيات السيطرة على الذات تبقى قابلة للبرهان في نهاية الأمر. من ناحية أخرى ان البراهين المتوافرة حالياً تشير الى أنه ليست جميع المشكلات تدفع بالشاربين الى التعود على الخمرة إذ على نقيض ذلك فالأفراد المتعودون على الخمرة تظهر عندهم مشكلات الشرب المرتبطة بالخمرة. وعلى هذا يعتقد أمثال فيلانت أن التقنيات الرامية الى ضبط الشرب وسيطرة الشارب على ذاته تبدو مناسبة ومفيدة عند الأفراد الذين:

أ ـ غير مرتبطين بالكحول فيزيولوجيا ارتباطاً كبيراً

ب ـ هم مرنون على مستوى المواقف فيبذلون جهودهم الكبيرة للسيطرة على أنفسهم في حجم الكحول الذي يتناولونه.

ثم هناك قضايا أخرى تؤثر أيضاً على قرار المعالج السريري في الأخذ باستراتيجيات السيطرة الذاتية أو تقنيات السيطرة الذاتية على

الشـرب مثل الـدعم البيئي، والثبات الاجتمـاعي، ونظرة الفـرد الى الكحـول كمرض أو اضـطراب سلوك. فـأهـداف العـلاج الفـرديـة واستـراتيجيات المـداخلة العـلاجيـة تبـدو مـرشحـة مـطروحـة عـلى المريض.

ثم ان مساعدة الأفـراد الذين يعـانون من مشكـلات الكحول لكي يتعلموا اكتساب درجة اشراطية في السيطرة على الذات، سـواء تم ذلك من خلال اختيار الكف عن الشرب، أو السيطرة على نـزوع الشرب، أو الاثنين معاً، نقول مثل هذه المسـاعدة تبـدو مناسبـة وفق ظروف مختلفة تتمشى مع الفروق الفردية وعنـدما يبـدأ الفرد بمعـاناة مشكلات مرتبطة بآثـار الكحول الضـارة المؤذية، ومـع ذلك يمعن في تعـاطي الكحوز تعـاطياً خـطراً (أربع أو خمس كـاسـات في الجلسـة الواحدة) حينئذ يترتب عن ذلـك ترقي المـرض العضوي واضـطراب السلوك، وتعريض المريض الى الخطر الذي يهدد حياته فعلا ـ وهنا لابد من التدخل تدخلا جذرياً لتجنب هذه النتائج الوخيمة السيئـة، وإن العودة الى تناوله على مستوى الشرب الاجتماعي لم يعد مقبـولا، وهنـا قد يـطرح سؤال حساس في هـذا السياق هـو: هل هنـاك ثمـة مخـاطر تتـرتب عن الاستمـرار في الشـرب حتى في أقصى درجـة ضبط الذات؟

الجواب هو أن هذا السؤال يمكن الاجابة عليه فقط من خـلال معالجة الفرد في الوقت الذي يتلقى فيه أفضل التوجهات والارشادات من قبل معالجه

٣ ـ السببية (الأسباب) Etiology :

رغم الجهود الكبيرة التي بذلت، لم تكشف الدراسات عن وجود سبب واحد لظاهرة الكحولية وذلك خلال خمسين سنة تقريباً من البحوث والدراسة، أي بتعبير آخر لم يتمكن الباحثون في هذا الميدان من عزل عامل (أو سبب) بيولوجي، أو سيكولوجي أو اجتماعي عزيت اليه الكحولية ورغم وجود أبحاث مشجعة تناولت العوامل البيولوجية في سبب الكحولية الأمر الذي فرض بذل الجهود للتعرف المبكر والوقاية (فرانك ١٩٨٥)، الاَّ أن التحديد الدقيق للسبب الفيزيولوجي النوعي في الحالة الفردية للكحولية لايبدو عملياً في الوقت الحاضر ولعل الاتجاه الاوفق في مجال البحث والكشف في هذا الميدان هو في المعاينات العميقة السابرة للعوامل المسببة للعديد من العوامل والمسببات.

من هذه العوامل الاستعدادات المسبقة التركيبية الارثية، والأنماط الأسرية والثقافية في تعاطي الكحول، وقصة تعلم الفرد على الكحول، وجهاز المعتقد عند الشارب حيال الكحول (أو مواقفه ومعتقداته منه). والسيطرة الذاتية والقضايا الأخرى ذات الصلة بهذا الموضوع (West 1984, Royce 1981). من ناحية أخرى هناك العديد من الدراسات التي أجريت على التوائم فأكدت العنصر الوراثي أو التركيبي في الكحولية (بوهمان ١٩٧٨، كودوين ١٩٧٦). وهناك أيضاً دراسات أجراها فيلانت (١٩٨٣) أشارت الى أن وجود أحد أفراد الأسرة كحولي هو مؤشر قوي للكحولية، ثم ان ليس الأمر

نوعياً أن يكون (الأب أو الأم) كحولياً بقدر ما تكون الكحولية موجودة في أفراد لأسرة معينة للتنبؤ أي أفراد سيكونون معرضين لمشكلات كحولية سيئة.

وبصرف النظر عن التأثيرات الحضارية والبيئية فإن كثرة النوع الارثي للكحوليات في تركيب الفرد تشير الى وجود استعداد مسبق (وفقاً لعمليات بيولوجية غير محددة) نحو تطور الموقف والمشكلات الكحولية مع تقدم العمر ونبه الى أنه من الأهمية بمكان الاستعلام عن القصة الكحولية في الأسرة عند اتخاذ القرار التشخيصي وبغرض الخطة العلاجية والوقائية المبكرة. وكلما كان تاريخ الأسرة مليئاً بالمدمنين، كان الادمان مترقياً وخطراً في الفرد المدمن في العائلة نفسها، وأقل قدرة في السيطرة على مقدار شربه. وما من شك أن الفروق العرقية في مشكلات الكحول هي معروفة منذ حقبة غير قصيرة، وهذا ما يدل على وجود نماذج أسرية وحضارية في تعاطي الكحول وما يترتب عنه من مشكلات صحية واجتماعية وسيكولوجية

ومن المعروف أن الشعوب القاطنة في جنوب أوروبا والبحر الأبيض المتوسط حيث تبدو مشكلات الادمان أقل شيوعاً، نجد أن التبيؤ الاجتماعي الباكر الخاص بالكحول والمواد المبدلة للمزاج يختلف عن الارث الاجتماعي لشعوب أوروبا الشمالية. ثم إن شعوب جنوب أوروبا لا تختلف فقط عن شعوب أوروبا الشمالية في شرب الكحول ولكن أيضاً بنوع المشروب المستخدم وبالتحمل في مزجه للوصول الى نشوة السكر المطلوبة. وفي دراسات العلامة

فيـلانت (١٩٨٣) يبـين لنـا أن سلسلة النسب عنـد الاوروبيـين الشماليين تعد مؤشراً هاماً للمشكلات المستقبلية الخاصة بـالكحول. ويضيف ناثان (Nathan 1980) الى أن التأثيرات الحضـارية، الثقـافية لا تكون وحدها الفاعلة في مشكـلات الكحوليـة، ولكن هناك أيضـاً الظروف الاجتماعية الأخرى التي تشترك وتسهم في هذه المشكلات.

فالمتحولات الثقافية الثانوية مثل الضغـوط الصادرة عن النـد، وتـوافر المشـروبات الـروحية، وسمـات مـطالب بعض الجهـات التي تحرض على الامعان في الشرب والافراط فيه، وأنمـوذج سلوك الشرب المنحرف تعد عوامل مؤهبة لظهور المشكلات الكحولية فهذا التعلم الاجتماعي في شرب المسكـرات يعزز الاتجـاه القائـل «إن ثمة بعض الأنماط الحضارية تدعم الكحـولية من خـلال مواقفهـا بقبول السلوك المخمـور، وتجـاهـل النتـائج وجعـل المشـروب جـزءاً من الهـدف الاجتمـاعي المرغـوب». من معاينـة اضطرابـات الشخصية التحتيـة الخفية كسبب في الكحولية وفق ما شرحنا آنفـاً، نجد أن الكحـوليين يواجهون مشكلات الكحول وعقـابيله كعرض Sympton لتـركيب في الشخصية سابق الوجود. وتعلل النظريات النفسية التحليلية أسبـاب الادمان الى ثبات في نمـو اللبيدو (الشبق الفمي) أو الى عـدم استقلال الشخصية الاَّ أنه ولا رأي من هـذه الآراء المرتبـطة بالشخصيـة من الوجهة التحليلية أمكن اقامة الدليل عليها مادياً فالدراسات الخاصة التي تنـاولت سمـات الشخصيــة التي تميـز بـين الكحـوليـين وغـير الكحـوليـين قبـل الـوصـول الى الادمـان الكحــولي لم تجـد (هــذه الدراسات) نتائج ايجابية (Room, Meller 1976). والأمر الأكثر دهشة

أن السمات السيكولوجية المختلفة التي نراها في البشر العاديين نراها أيضاً عند الكحوليين. وأشار فيلانت (١٩٨٣) الى أن وجود الكحولية ذاتها تنبؤ بصحة نفسية سيئة وليست الصحة النفسية السيئة تمهد لنشوء الكحولية وعلى هذا فالكحوليون لم يتضح أنهم يختلفون قبل مرضهم عن غير الكحوليين في الشخصية أو في التكيف العام. ولكن هذا لا يعني طبعاً أن مثل هذه الفروق غير موجودة، فالقضية ما زالت بحاجة الى مزيد من البحث.

وننبه الى ناحية هامة جداً في خصوص علاج الادمان على المواد المبدلة للمزاج هي «إن النظريات العلاجية التي تستهدف ازالة أو تخفيف صراعات الشخصية الخفية التحتية أو التي تتناول ضعف قوة الأنا وذلك من أجل علاج الكحولية، هذه التقربات بذاتها هي غير فعالة ولا مجدية، فالشيء الثابت والأكيد القاطع أن المشكلات الانفعالية والسلوكية والتكيف الاجتماعي تنمو وتتطور وتتفاقم كنتيجة للادمان على المخدرات والكحول».

ولعل أفضل استراتيجية لتوجيه هذه المشكلات وتدبرها هي أولا في ازالة الكحولية ومن ثم التعامل مع الأعراض الارتكاسية الناجمة عنها مثل الصعوبات الانفعالية

وعلى مستوى الممارسة السريرية ينصح بتوجيه الاهتمام نحو المشكلات التي ظهرت خلال سنوات الشرب، وهذا ما سيكون موضوع كلامنا في الفصول المقبلة.

٤ ـ نظرية التعلم:

عموماً إن نظرية التعلم التي رسخها العلامة السيكولوجي

باندورا ووصفها (١٩٨٢) والتي طبقها ناثان وجماعته (١٩٨٠) على مشكلات الكحولية تبدو نافعة ومفيدة في وصف ما نعلمه عن سبب الكحولية والواضح وهذا ما نرغب أن يفهمه القارىء، لتصبح مرتبطاً متعوداً مدمناً على الكحول أو المواد المبدلة للمزاج سيكولوجيا وفيزيولوجيا، فإن مثل هذا التعود هو أكثر من نتيجة لتأثير كيميائي مباشر، (أي مادة مخدرة) فالافراد الذين لديهم استعداد مسبق ارثي يتحملون فيزيولوجيا الكحول بدرجات أكبر ولديهم عجز في قدراتهم على تمييز ووعي درجات انسمامهم بالكحول، كما لديهم استعداد مسبق ثقافياً في التكيف الباكر على تناول الكحول. وفي أي من هذه الحالات نجد أن هؤلاء المدمنين لسوء حظهم يعجزون عن تعلم تناول الكحول تناولا مناسباً معتدلا لا يؤذي صحتهم النفسية أو البدنية فسوء استخدام الكحول والافراط في شربه يقود الى تعود فيزيولوجي وسلوكي متعلم، وهذا السلوك التعودي المتعلم لا يتأتى من خلال التعزيز المباشر الذي يترتب عن انقاص التوتر النفسي واضعافه بفعل تناول الكحول، ولكن نتيجة معتقدات وتوقعات الشارب حيال ما يفعله الكحول في نفسيته اضافة الى مدركاته وتفكيره اللاعقلاني. فهذه الأمور هي المتحولات المعززة الهامة في ترسيخ الادمان وتعزيزه. فالمعتقدات أن الكحول يضعف التوتر النفسي، ويزيد الفعالية الاجتماعية أو يمنع الانزعاج النفسي، هذه المعتقدات تسهم اسهاماً كبيراً في مساعدة الناس على تعلم شرب الخمرة بصورة غير تكيفية بدائياً ومن ثم الابقاء على هذا السلوك اللاتكيفي

ونافلة القول إن المراجعة التي نحن بصـددها للعـوامل المسببـة للكحولية وللمواد المبدلة للمزاج ترى أن الأفراد الذين يصابـون بداء الكحول واختلاطاته المرضية ليسوا بالضرورة هم مختلفين عن غيرهم من البشر في السمـات الشخصيـة قبـل مـرضهم بهـذا الـداء كعـدم استقلال الشخصية، أو بمشكلات التكيف السيكولوجي عندما كانـوا أطفالا والاختلاف عن غيـرهم من البشر الأسويـاء ينحصر فقط في وجـود قصة كحـولية في أفـراد أسرهم وعـوائلهم، وفي وجـود أنمـاط حضـارية في هـذه الأسر تميل الى استخـدام الكحول، ثم إن الأفـراد الذين يعانون من مشكلات كحولية كثيراً ما نجد لديهم:

أ ـ قصة تعلم نوعية يترتب عنها الركـون الى الكحول والتعـود النفسي عليـه كـوسيلة لاضعـاف التـوتـر النفسي والحصـول عـلى النشـوة المطلوبة السارة.

ب ـ الافـراط في شرب الكحـول افراطـاً مزمنـاً رغم الاختـلاطـات السيئة المترقية الصحية الناجمة عن هذا الافراط.

جـ ـ سلسلة من المعتقدات المتصارعة الخاصة بشرب الكحـول، ومع ذواتهم ومـع الغير، الأمـر الذي يتمخض عنـه تعزيـز الميـل الى شرب الكحول تعزيزاً غير تكيفي.

ثم إن المشكـلات السيكـولـوجيـة والاجتمـاعيـة والمهنيـة والصحيـة هي نتيجة الادمـان عـلى الكحـول وليست السبب أو العلة في هذا الادمان.

٥ ـ فعالية المعالجة:

طرحت علينا دراسات كل من ميللر وهيستر (١٩٨٠) ما مفاده

أن معالجة الكحولية تنجح بنسبة الثلثين من المرضى حيث يطرأ تحسن ملموس على أحوالهم، وخلال مدة قصيرة، بينما الثلث الباقي يحتاج الى فترة علاج طويلة، وهذه المعالجة تضمنت الدراسات التي تمتد من البرامج الخاصة باعادة التأهيل الى الأشكال العلاجية الأقل شدة مع فروق قليلة في النتائج العلاجية

ويشير براندسما (Brandsma 1980) من خلال مراجعته لعلاجات مرضى تعالجوا في عيادات خارجية، إنه رغم وجود متغير حدي هام في أنواع المعالجة، وفي سمات المرضى المعالجين، فإن المعالجة عموماً تبدو أكثر فعالية من لو لم تطبق أية معالجة وتأثير هذه المعالجة يضعف مع مرور الزمن وتقادمه ويضيف أيضاً الى أن جميع أنواع العلاج النفسي المنفذة خارج المشافي تعطي مردوداً يتراوح بين درجة متوسطة الى عالية في تحسين حالة المريض المدمن، وهذه المعطيات تبرز صعوبة التمييز بين الحسنات النسبية لأساليب العلاج المختلفة نظراً لأن جميعها تبدو متفوقة على الوضع الكحولي لو لم يعالج ووجد براندسما أيضاً نتائج مماثلة حيث قارن العلاج السلوكي العقلاني مع العلاج النفسي الاستبصاري، ومع مجموعات ضبط تجريبي لم تعالج وهذه النتائج أظهرت تفوق جميع العلاجات على المجموعات التجريبية التي لم تعالج

ومرة ثانية يطالعنا فيلانت (١٩٨٣) في نتائج دراسته التي أشارت الى وجود ٢٠٪ من الكحوليين يشفون تلقائياً أو يصبحون في حالة كف وضبط بدون معالجة. أما أولئك الذين يستمرون في

الشرب فتتطور حالتهم نحو مشكلات اختلاطات صحية وسيكولوجية، فلا يشفون أو يتحسنون بدون مداخلة علاجية ففي تلك الدراسة والتي امتدت من عام ١٩٤٠ حتى عام ١٩٨٠، كان طريق الشفاء متميزاً من خلال الاسهام والاشتراك في الانتظام في صف الكحوليين الذين شفوا Alcoholics Anonymous، (هناك عدة أفراد عولجوا بالعلاج السيكوديناميكي وبالعلاج الموجه الاستبصاري، أفادوا خلال عملية المتابعة العلاجية أن انخراطاً في هذا النمط من العلاج أخر كثيراً من شفائهم لأن هذا العلاج توجه نحو تبديل شخصياتهم وليس ايقاف تعاطيهم للكحول).

وبالطبع فإن المعالجة بالنسبة للموغلين في الكحول لا تكون مؤذية أو مميتة. ويعلمنا فيلانت (١٩٨٣) عن مئة حالة تم قبولها في عيادة علاج الكحوليين، واتضح في هذه الدراسة أن المسرفين في الكحولية الذين لم يبدلوا من شربهم، كانوا عرضة للموت بسبب الكحولية ذاتها. وهنا يشير فيلانت الى المأزق الذي يواجه المعالج في علاج الحالات المترقية الشديدة الخطورة من الكحولية فالمأزق الذي يقصده فيلانت هو أن العلاج في مثل هذه الدرجات الشديدة، رغم كونه باهظ الثمن فلا يوجد ما يضمن الشفاء وننوه هنا أيضاً لا يتمخض عن أية معالجة بدون مردود شفاء أو حدوث وفاة، وأن آخر ما يمكن أن يقدمه العلم في هذا الميدان أنه قد لا يستطيع أن ينقذ مريضاً كحولياً ما ثم إنه بدون مداخلة علاجية فإن المدمن في معظم الأحيان عرضة للدمار والانتهاء. هذا ورغم النتائج غير المشجعة وحتى بواسطة الأشكال العلاجية المتعددة الأنظمة مثل التي تقدمها

المؤسسات الصحية ذات النظم العلاجية الداخلية للمرضى، فإنه لمن الواضح أن الكحوليين يصيبهم الحظ بالشفاء.

وقد يتساءل القارىء، كيف يتم ذلك؟ وما هي الاجراءات التي توصل الى الشفاء؟

على غرار القضايا الأخرى المتعلقة بالكحولية هناك جدل كبير يدور حول الظروف والشروط الضرورية والكافية كيما يتحقق الشفاء. فالأفراد يعتريهم التبدل والتغير في أنماط سلوكهم التي تقودهم الى الشفاء من الكحولية مثل الاختلاط في صف الكحوليين الذين شفوا، والعلاج داخل المستشفى والعلاج النفسي والتدين، والتدريب المنفر، (الاشراط المكره للكحولية) وحدوث تبدل في ظروف الحياة، وخليط من الظروف والمواقف المذكورة. وبالطبع لا يوجد مسلك أو طريق وحيد يؤدي الى الشفاء بحيث يطبق في جميع الظروف.

ويرى براون أن احدى الخبرات الهامة التي تقود الى الشفاء هي العلاج النفسي. ورغم أن جماعة السلوكيين يختلفون مع براون بعض الاختلاف، الاَّ أنهم يوافقون على معتقده في قيمة العلاج السلوكي المعرفي، ومرونته وفعاليته وتوجيهه في الشفاء من الكحولية.

ويتعين على المعالجين الاَّ يكونوا متشائمين حيال العلاج نتيجة تجاوب القلة من الكحوليين للعلاج في حين يكون نصيب النسبة الكبرى منهم النكس. وغالباً ما يعتقد المعالجون النفسيون أن مداخلاتهم العلاجية يجب أن تؤدي الى الشفاء ومنع حدوث

المشكلات المستقبلية ولعل الموقف الحكيم المتوازن هو أن يبدل المعالجون مى توقعاتهم حيال علاج الكحولية ويرفعون عتبة تحملهم للفشل، وعليهم أن يقبلوا علاج الكحولية كأمر مساعد ومعين.

٦ ـ الخلاصة:

أ ـ الكحولية هي مشكلة متعددة الجوانب والعوامل، ويوجد ما يبرهن على أن العوامل الارثية، والأسرية، والثقافية (الحضارية) تتفاعل مع قصة تعلم الفرد الاجتماعية لشرب الكحول وهذا يترتب عنه حدوث تعود فيزيولوجي وسيكولوجي على الكحول في كثير من الحالات. ويمكن القول أنه سواء نظر الى الكحولية نظرة مرض أو اضطراب يرتبط بالصحة السلوكية، فإنها في كل الأحوال تصبح وخيمة العواقب إذا لم يتم علاجها. ورغم أن بعض المعالجات قد يصيبها النجاح في علاج حالة معينة، (وهذا الأمر يتوقف أساساً على عديد من العوامل ترتبط بخصائص المريض وسماته مثل حدة المشكلة، والسن، ودرجة التعود البدني على الكحول، ومحاولات المريض السابقة للكف عى تناول الكحول، ومدى الاخفاقات التي أصابته في هذه المحاولات، ونوعية المحيط الاجتماعي الداعم الذي يعيش فيه وغيرها) فإن قرار المريض بالاقلاع عن تناول الكحول وتبديل سلوكه حياله، اضافة الى الالحاح على الكف والمتابعة العلاجية المستمرة لهذا القرار المتخذ من جانب المدمن هي المطلب الضروري والشرط الأساسي لايقاف هذا الاضطراب، ومن ثم الوصول الى الشفاء منه في نهاية المطاف

ب ـ أبانت الدراسـات المختلفة التي تمت عـلى مرضى عـولجوا داخـل المستشفى وبالعيادات الخارجية أن هنـاك نسبة قـوامها مـريضان من أصـل ثلاثـة مرضى أصـابهما التحسن بفعـل العـلاج الـذي تلقياه خلال فترة قصيرة. ولكن هـذه الفعاليـة العلاجيـة تتقوى وتتعزز مع مرور الوقت والمثابرة. هذا ورغم أنه لا يـوجد شفـاء مؤكـد من الكحوليـة ولا أحد يضمن ذلـك، وبخاصـة إذا كان الاضـطراب حاداً ومـرسخاً، الاَّ أن عـدم اللجوء إلى المعـالجـة يترتب عنه ترقي الاضطراب وتزايده سوءاً في الانذار Prognosis لـذا فإن المعـالجة للكحـولية تبـدو ضروريـة في مختلف صورهـا وأنماطها. وإن أفضل صورة لمظاهر الشفـاء في الكحوليـة هي في التبدل السلوكي والمعرفي اللذين يتضمنان العديد من العوامـل. فـالعلاج النفسي الـذي يتناول ازالـة الاضطراب النفسي التحتي المفترض من خلال الاستبصار السيكوديناميكي، هذا النوع من العـلاجح ثبت فشله وعـدم جدواه في الكحـولية عمـومـاً أمـا العلاج النفسي الرامي الى مساعدة الفرد المدمن مسـاعدة نـوعية في التعـرف على مشكلتـه بكـونـه مـدمنـاً وقبـول وجـود هـذه المشكلة، ومس ثم عقد النية الصادقة والعـزم المكين عـلى تبديـل تفكيـره ومشاعـره وسلوكه التي هي نتيجـة ادمانـه المـرضي عـلى الكحول واستمرار شربه، نقول مثل هذا العلاج المتفاعل القائم بـين المعالـج والمريض هـو الـذي يسهـل الشفـاء والتخلص من الادمان.

جـ ـ إن العلاج الانفعالي ـ العقلاني (الفكري) الذي يعطي أنمـوذجاً

وتفسيراً للاضطراب الذي يعتري الانسان، وهو في الوقت نفسه الطريقة الفعالة التي تساعد المرضى على تعلم مساعدة أنفسهم س خلال ايقاف شرب الخمر، والابقاء على هذا الامتناع والكف، هذا النوع من العلاج الحديث يسهم اسهاماً فعالا في تنمية عملية الشفاء من الادمان ودفعها قدساً الى الامام وهكذا يمكننا القول أن الفرد المدس الذي صمم على تبديل موقفه س شرب الخمر، وتعاطي المخدرات وثابر بجد وانتظام على مكافحة أفكاره الانهزامية التي توحي له شرب الخمرة وتزينها له كأفضل متعة ومسرة، وتبديلها بأخرى ايجابية، ووقف صامداً في وجه الاحباط الذي يراوده بفعل توقف تعاطي المسكر أو المخدر، وكابر بقوة وتحمل الانزعاج الانفعالي الذي يسببه في الكف عن الشرب مع التصميم على التصدي للمعتقدات الخاصة اللاعقلانية التي تثيرها وتؤججها الميول الادمانية، والأنا الضعيفة، نقول أن مثل هذا الفرد هو المرشح حقيقة ليكون المستفيد الحقيقي من العلاج الذي يقربه من الشفاء والتخلص من الادمان بشتى الوانه وضروبه.

الفصل الثالث

الادمان من وجهة نظر النظرية الانفعالية ـ العقلانية

إن غرضنا من هذا الفصل هو طرح أنموذج السلوك الادماني، والقاء أضواء عليه من جميع الجوانب بهدف مساعدة المعالج الذي يأخذ بهذا النوع من العلاج ويعيش مبدأه، لتطوير استراتيجيات معالجة وإحكام فعالياتها. وفي معرض شرحنا لهذا الأنموذج الادماني سوف لن نفصل تفصيلا موسعاً في الاطار الكلي الجامع لنشوء وأسباب السلوك الادماني بقدر ما نأتي على ذكر نظرية استمرار العَرَض المرضي الادماني ومسألة تبديل هذا العَرَض.

والجدير بالذكر أن المتحولات (العوامل) السيكولوجية والسلوكية والمعرفية هي واحدة ومتماثلة في جميع أنواع الادمان وبشتى ضروبه وألوانه سواء أكان الادمان على الخمرة أم الدواء ـ أو المخدر، وهذا ما أكدته الدراسات والمعاينات الحديثة اليوم (Brownell, Marlat, Wilson 1986)، وناصرتها في هذا التأكيد المؤسسة الوطنية الأمريكية لسوء استخدام الأدوية (Levison 1983).

١ ـ علم السببيات Etiology

في اعتقاد العلماء والبحاثين أن النظريات المطروحة حالياً في حلبة العلم، ومعطيات الأبحاث الجارية الرامية الى اماطة اللثام عن مسببات الادمان على الكحول والاضطرابات الأخرى ليست كافية

ولا مستكملة أسبابها وتطورها بما تمكن المعالج من وضع خططه العلاجية على أسس فعالة ومضمونة النتائج فنظريات الأسباب (السببيات) يمكن أن تؤخذ كذرائع، وليس كأمر يترتب عنه تبديل حادثة أو نتيجة. ذلك لأن العوامل المسببة المفترضة هي على درجة كبيرة من العمق والتعقيد، ومتشعبة وبيولوجية (Schuckit 1981). فالمعالجون العاملون في ميدان الصحة النفسية المهنيون والذين يتعاملون مع المدمنين على مستوى العلاج قد يجدون في معطيات نظريات السببية القائمة بعض العون والأمل بحيث أن جهودهم العلاجية تقدم عوناً للمريض ملموساً وحقيقياً

٢ ـ العوامل البيولوجية:

هناك برهان أخذ في التنامي والتعاظم يؤكد على ضلوعية العوامل البيولوجية في مسألة الادمان على الكحول، اضافة الى التأثيرات الحضارية الثقافية (McClean1981, Critchlow). وفي رأي بعض المعالجين أن ضلوعية العوامل البيولوجية في هذه المسألة تؤدي منطقياً الى التشاؤم في علاج الكحولية. ولا مراء، ان النظرية الانفعالية ـ العقلانية نفترض دوماً أن الكائنات الانسانية هي عضويات حيوية بيولوجية وان علم الأمراض النفسي الخاص بهذه الكائنات هو في أغلب الأحيان يعود بجذوره الى علم بيولوجيا هذه الكائنات (Ellis 1976). ولكن هذا لا يمنع من أن نجد بعض البشر هم أكثر ميلا الى التفكير اللاعقلاني من غيرهم، أو لديهم عتبة منخفضة في تحمل القلق، والاكتئاب، والغضب وسيطرة أقل على

نـزوعاتهم أو ضعف في تحمـل الاحباط. وهـذا أيضاً مـا ينطبق عـلى مسـألة الادمـان، إذ هنـاك مـا يبـرر الافتـراض أن بعض الأفـراد في جبلتهم الاستعدادات البيولوجية الارثيـة للادمـان على المسكـر والمواد المؤثرة على العقل (المبدلة للتفكير). الاَّ أن المضامين المنطقية لمثل هذه السببية البيولوجية لا تعني اليأس وفقدان الأمل من علاج المدمن بقدر ما تعني أهمية الالحاح على بذل جهد ارادي أكبر للتغلب على الادمـان من جانب المتعالج لهذا فإن النظرية الانفعاليـة ـ العقلانيـة تقول ان السلوك بـرمتـه تحـدده عـوامـل متعـددة لـذا فـإن المـرضى الـذين في مكنـوناتهم الاستعـداد الأرثي المسبق البيولـوجي والقـوي للوقـوع في براثن مشكلة نوعيـة، كالادمـان على المخـدرات والمسكرات، **يتعين عليهم الاستعانة بقواهم السيكولـوجية الكـامنة في نفـوسهم للتغلب على تأثير العنصر البيولوجي الارثي للمشكلة**

والحق يقـال: انه اذا كـانت حقيقة أن في الكحـوليـين العنصر البيولوجي الارثي في الميل الى الخمرة، أو النزوع نحوها والرغبـة فيها **فما هي إذن مضامين العلاج؟** تجيب النظرية الانفعالية ـ العقلانية على **هذا التساؤل بالقول:** إن علينا أن نواجه الانتكاسـات مراراً وتكـراراً عنـد معالجـة الادمـان عـلى المسكـرات وتكـون في منـظورنـا دومـاً. فـالكحوليـون إذن لا يحتاجـون فقط الى بذل جهـد أكبر بـل أيضاً الى المزيد من الجلسات العلاجية قبل أن ينعطف سلوكهم الادماني ليأخذ المجرى نحو التحسن والسيطرة. ثم علينا أن نتـوقع أيضـاً أن الجهود المبذولة لكبح المد النزوعي البيولوجي والسيطرة عليه قد تكـون دائمة ومستمـرة طـوال الحيـاة من جـانب المـريض الـذي وقــع في بـراثن

الادمـان، لـذا يتعـين أن نعلم المـرضى الاّ يتـوقعـوا «الشفـاء التـام» والتخلص نهائياً من هذا النزوع الملح نحو المخـدرات أو المسكرات، بـل أن يغالبـوا هذا النـزوع طـوال حيـاتهم ليجعلوه في أدنى حـد من النشـاط والدفـع، أي بتعبير آخـر أن يقبلوا حقيقـة واقعهـم ونـظرتهم ويشهروا حرابهم دوماً في وجه هذا النزوع البيولوجي

٣ ـ الشروخ الكائنة في الشخصية:

إن معظم العاملين في ميدان العلاج النفسي التقليدي ينطلقون في عـلاجهم من الافتراض الـذي يقول أن الكحـولية والادمـان على الأدوية المخدرة في أشخـاصها مشكـلات ومتاعب في الشخصيـة على مستـوى اللاشعـور، وأن علاج هـذه المتاعب التحتيـة المحرضـة على الادمان يكفي لتخليص المريض المدمن من ادمانه

لقـد تصـدى لهـذا الافتـراض كـل من فيـلانت وميلوفسكي (١٩٨٢) فـدحضـاه في نقـطتـين النقـطة الأولى هي أن العـلاج النفسي التقليـدي فشـل فشـلا ذريعـاً في تخليص المـدمن من سلوكـه الادماني. بل أكثر من ذلك فقد حال دون ايقـاف الشرب عنـد بعض الكحوليين. والنقطة الثانية أن كثيراً من متاعب الشخصية ومشكلاتها هي نتيجـة لتعاطي الشـرب وليست المتاعب ذاتهـا سببت الشـرب أو الكحـوليـة ويمكن القـول أن هـذا الـدحض لفيـلانت وميلوفسكي للنظرية العلاجية النفسيـة التقليديـة السيكوديـناميكية اضـافة الى أن الكحول ذاته هو سبب المشكلات الشخصية والاجتماعيـة والأسريـة التي تعصف بالمدمن، هذا الافتراض هو مقبول اليـوم لدى الكثيـرين

من السيكولوجيين العاملين في حقل علاج الادمان.

الَّا أن اعادة النظر بمقولة فيلانت وميلوفسكي قد تمت حديثاً جداً من قبل كل من زوكر وكومبرج (١٩٨٦) حيث اتضح لهما وجود شرخ في علم منهجية هذه المقولة فالدراسات التي أعادت النظر بمعطيات فيلانت وغيرها ترى أن الأفراد الذين يدمنون على الكحول يشكون من مشكلات ضعف السيطرة على دوافعهم يظهر منذ باكورة حياتهم، وأيضاً مشكلات ناجمة عن عدم تكيفهم مع كل ما هو سلطة.

وبينما نجد أن الأبحاث المهتمة بالعلاقة الكائنة بين مشكلات السلوك التي تظهر في باكورة الحياة والسلوك الادماني قد تكون معينة مفيدة في الوقاية من الادمان، فإن النظرية الانفعالية ـ العقلانية ترى أن هذا الجدال يجب ألَّا يعار له أي اهتمام، ولا يقام له وزن وذلك لصالح ذلك المدمن الذي الآن في محنة الادمان على المسكر أو غيره من المواد المخدرة.

فعلى مستوى الممارسة السريرية (الاكلينيكية) فنحن نواجه عادة بمرضى لهم قصة مشكلات فقدان ضبط الذات وضعف السيطرة في وجه النزوعات أو غير ذلك من مشكلات الشخصية، اضافة الى شريحة من المرضى فشلوا في انضاج شخصياتهم، وذلك نتيجة الخبل الكحولي الذي عاشوه لعدة سنين. فقضية مسببات الكحول أو المخدرات لا ترتبط كثيراً بالكيفية التي يجب أن تعالج بها كحولية المرضى في المراحل الأولى من العلاج ولا تكون ضرورة لتعلمنا أين

يتعين علينا أن نتدخل لنجعلهم يكفون عن تعاطي المادة المخدرة أو الاستمرار في الكف، فالعلاج في أساسه هنا يتركز على النظرية التي توضح كيف يبقى المدمن على سلوكه مستقراً أو ثابتاً راكناً الى هذا الادمان، وهذه أهم ناحية في العلاج.

إن المرضى الذين يتلقون العلاج ضد الادمان والذين لديهم مشكلات نفسية ما قبل المرض بالادمان غالباً ما ينزعون الى سلوك مماثل في الميادين الأخرى من حياتهم، فالمريض غير القادر على ضبط سلوكه الادماني ودوافعه في الشرب فانه ينزع الى سلوك فيه ما يهزم الأنا والذات، أي انهزامي أيضاً أمام المشكلات الأخرى الحياتية Self - defeating impulses وأيضاً نجد أن الفرد غير المستقل الشخصية، المرتبط بالغير والذي يتجنب المسئوليات باللجوء الى الشرب كآلية هروبية، فإنه غالباً ما ينحو على هذا النحو في سلوكه ازاء المسئوليات الأخرى الحياتية التي تواجهه وهكذا نجد أن الهدف الأول في الاستراتيجية العلاجية القائمة على النظرية الانفعالية ـ العقلانية هو في التركيز على ما نسميه بالمعتقدات الخاطئة التي يحملها المدمن المريض ازاء ادمانه على الكحول أو المخدرات والتي تجعله مرتبطاً بسلوكه الادماني أسيراً له ومن ثم ينتقل التركيز العلاجي الى المشكلات السلوكية الأخرى عندما تظهر وعادة ما تظهر وثمة ناحية أخرى جديرة بالذكر هي أن أنماط السلوك المضطرب التي تخلق الشخصية المدمنة تتظاهر بتفكير لا عقلاني مماثل. وهكذا فإن المعالجين المختصين بالعلاج الانفعالي ـ العقلاني يعقدهم الأمل (وليس بالضرورة أن يتوقعوا) أي من خلال علاجهم شخصية المدمن

بايقاف تعاطيه للمخدر أو المسكر، وجعله يناهض معتقداته الخاطئة في الخمرة، هذه النتيجة سيتعمم أثرها ونفعها لتحسين التفكير المنطقي العلاني الجديد عند هذا المريض فيشمل المجالات الأخرى من حياة هذا المريض. **أي بكلمة أخرى ان تصحيح معتقداته الخاطئة لا ينحصر فقط في مجال ادمانه، بل أيضاً في أنماط تفكيره الجديد الذي انبثق عن هذا التصحيح للمعتقد أو التفكير ليحسن تكيفه في مشكلاته الأخرى الحياتية التي تعترضه.**

وهكذا فإن المرضى الذين يعانون مشكلات بالشخصية ناجمة عن تعاطيهم المسكر أو المادة المخدرة لفترة طويلة تقدر بالسنين، يكون العلاج العقلاني العاطفي متركزاً عادة على ناحيتين هامتين، الأولى علاج الادمان ذاته بالكف عن تعاطي المسكر والثانية معالجة مشكلات الشخصية التي ترتبت عن تعاطي المخدر أو المسكر (أي الاختلاطات). ومثالنا على ذلك المريض الذي لم يتعلم التغلب على خوفه من الجنس الآخر (النسوة)، وسبب هذه الاعاقة التعلمية انه دوماً في حالة سكر وتخدير وبذلك لم يزل تحسسه من هذا الخوف من رفضه من قبل الجنس الآخر، ولا تعلم المهارات الاجتماعية الملائمة للتغلب على هذا الخوف في هذه الحالة لا يعمد المعالج أولا الى التعامل مع هذا الخوف الذي بدوره إذا ما تمت ازالته يتوقف عن تعاطي المشروب أو المخدر، ولكن يتعامل مع الادمان ذاته فيوقفه، ومن ثم مساعدة المريض بعد ذلك على تعلم الطرق الجديدة في العلاقات الجنسية والاجتماعية التي تضعف مخاوفه وتمده بالمهارات الاجتماعية المتعلمة الجديدة.

٤ ـ أهمية التحمل المنخفض للاحباط:

تفترض النظرية العقلانية ـ الانفعاليـة العلاجيـة أن المعتقدات الخاطئة تولد التحمل المنخفض للاحباط، وهذا مـا نجده بخـاصة في الادمان. وقد طرح العلامة السيكولـوجي المعروف أليس Ellis (وهـو صاحب النظرية العقلانية ـ الانفعالية وعرابها) تعبيراً جـديداً أسمـاه قلق الانزعاج discomfort/anxiety ـ أو اضطراب الانزعـاج في وصفه للحالة النفسية الجديدة التي تعتري المدمن نتيجة تفكيـره اللاعقـلاني في موضوع ادمانه وهـواه وبفعل التحمـل المنخفض للاحبـاط الناجم عن امتناعه عن الشرب أو تناول المخدر ويتصف هذا القلق المـزعج في توقع المدمن للألم والانزعاج وعـدم المسرة والكـدر. وهذه المشـاعر كما ذكرنا هي محصلة المعتقد الخـاطىء الذي يحمله المـدمن بكون الألم أو الانـزعـاج همـا أمـران لا يحتمـلان من قبله ويتعـين عليـه عـدم تحملهما، بل ولا يستطيع ذلك، وهذا المعتقد نراه صـراحة وواضحـاً عند المدمنين. ومن المناسب هنا توضيحاً لهذه الناحية الحساسة الهـامة في عـلاج الادمان، أن نـذكر ونتعـرف على أنمـاط المعتقدات الخـاطئة المختلفة التي يولدها المدمن في تفكيره وتكون منعطف العلاج عنده.

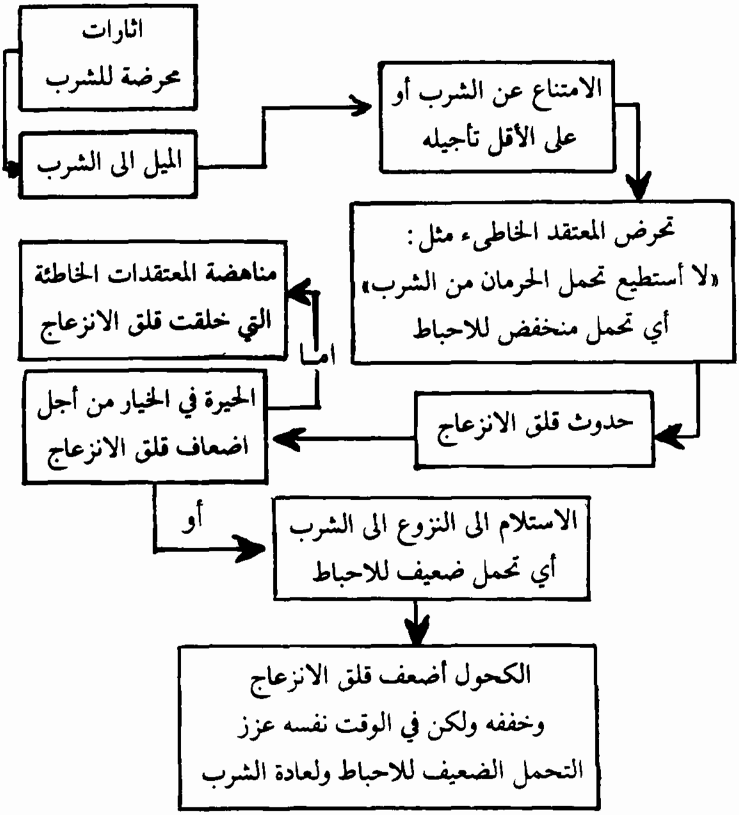
أ ـ التحمل المنخفض للاحباط يفتت ارادة الكف عن تعاطي المخـدر أو المسكر:

لعل الديناميكية المعرفية الأوليـة التي تولـد الادمان وتبقي عـلى وجـوده هي ما نسميهـا أنموذج التحمـل المنخفض للكف أو الامتنـاع (أنـظر الشكل رقم ١). فمعـظم الأفـراد الـذين تعتـريهم مشكـلات تـرتبط بالعجـز عن السيطرة عـلى النزوعـات والدوافـع ينطبق عليهم

تفسيرات الشكل رقم (١) بصرف النظر عن نوعية مادة الادمان (المسكر أو المخدر أو الدواء المحدث للتعود). فهؤلاء ينغمسون بلا ضبط ذاتي في شرب المسكرات وتناول الطعام، وتعاطي الهيروين والأفيون والأدوية النفسية، والتهافت على الجنس، والقمار، والمغامرات العاطفية الطائشة.

الشكل رقم (١)

الكف وأنموذج التحمل المنخفض للاحباط



تبدأ الديناميكية الموضحة في الشكـل رقم (١) عندمـا يتعرض المـدمن الى المثيرات والمنبهـات التي تحرض عنـده الميل الى الشـرب أو المخدر (السلوك الادماني المخـرب)، وقد تكـون المنبهات أو المثيـرات رائحة الخمر المنبعثة من الخمارة، أو المنبعثة من قطعـة حلوى ممزوجـة بالخمر، أو رؤية شخص يتعاطى الخمـرة وغيرهـا أو الجلوس مع شاربي الخمرة. هنـا يتصارع الميـل مع الامتنـاع عن تلبية الميـل. وأن القرار الذي يتخـذه المدمن الـذي يتعرض الى اغـواء الخمرة يعـد هنا الحادثة المنشطة activating event في نظريتنا التي شرحنـاها بملخصهـا A B C S، إذ أن الحرمان المؤقت أو الكف الذي يفرضـه المدمن عـلى نفسـه بعدم شـرب الكحول أو تعـاطي المخدرات يلحق بـه أو يتبعـه عادة شعور بتحمـل منخفض للاحبـاط يصدر عـما يدور في ذهنـه من أفكار ومعتقدات نابعة من غواية الخمرة وارتباطه بها، أي المعتقـدات الخاطئة irrational beliefs وهذه المعتقدات التي تجول وتطوف في فكره عادة تأخذ الصور التالية من الأحاديث مع الذات:

- أنا غير قادر على تحمل الامتناع عن الشرب أو تعاطي المخدر.
- يتعذر عليَّ ممارسة عملي والتناغم معه.
- لا أمتلك الارادة الكـافية والقـوة للوقوف في وجـه غوايـة المخدر أو الخمرة.
- يصعب علي تحمل حرمان الرغبة في الشرب.
- سأكون انساناً محروماً حرماناً قاسياً إذا لم أشرب الخمرة.
- تبدو الحياة صعبة جداً علي لذا فالخمرة هي عزائي وسلواي.
- للتغلب على مصاعب حياتي، فالخمرة هي ملاذي التي استيعين بها.

ـ أضيع على نفسي المسرات إذا كنت في جو أنس ومتعة ولا أشرب فيه الخمرة أو أتعاطى المخدر.
ـ عندما أكون متألماً متكدراً لابد من اضعاف معاناتي بالخمرة.

إن مثل هذه الأفكار الخاطئة التي يحملها المدمن ويعتقد فيها تكون مصدر اضطرابه النفسي وبؤرة ضعف تحمله للكف عن تعاطي المشروب أو المخدر وبالتالي معاناته لما أسميناه بالقلق المزعج وذلك وفق الشرح الذي سبق وذكرناه في المعادلة ABC (أنظر الفصل الأول).

إن في مقدور المدمنين وبمساعدة المعالج السلوكي التغلب على هذا التحمل الضعيف للاحباط الناجم عن الكف المؤقت عن الخمرة أو المخدر بالعديد من الطرق:

١ ـ باستطاعتهم الانتظار والتريث وكبح النفس عن المخدر أو المسكر الى أن يخف الحاح الميل نحوه وتضعف قوته. ولكن بما أنهم يعززون في نفوسهم هذا! المطلب الطفلي لجلب الراحة لأنفسهم بتعاطي الخمرة، فإن هذه الطريقة لا تحل مشكلتهم في أغلب الأحيان.

٢ ـ مناهضة الأفكار الخاطئة التي ذكرنا أنموذجاً عنها والتصدي لها والتي تسبب للمدمن قلق الانزعاج. ومثل هذا التصدي سيكون قاسياً ويحتاج الى معاناة من جانب المدمن حتى يتمكن من اضعاف هذه المعتقدات والسيطرة عليها واستبدالها بأحاديث ايجابية توجهه نحو سلوك جديد يناهض تعاطي المخدر وحينئذ

يضعف قلق الانزعاج وترتفع عتبة التحمل للاحباط، وهـذه هي أفضل طريقة وأنجعها.

ومرة أخرى نـذكّر القـارىء أن الآلية التي يتعـرض لها المـدمن وفق الشكل الأول الذي ذكرناه وشرحنا خـطواته هي واحـدة في جميع حـالات الادمان بصـرف النظر عن المـادة أو الدواء الـذي أدمن عليه المدمن، لذا فإن الاستراتيجية العلاجية في الادمان عمـوماً تقـوم على مساعدة المدمن في التغلب على المعتقدات الخاطئة، ورفع عتبـة تحمله للاحباط الناجم عن الكف، وازالة قلق الانزعاج.

ولعل السبب في كون الوقوع في بـراثن الادمان عـلى المسكر أو المادة المخدرة نوعاً سهلا وتمسك المدمن بادمانه هو أنه أخـذ المخدر أو الشرب لتهدئـة واضعاف قلق الازعـاج هو أسـرع وأسهل بـالنسبـة للمـدمن من اتباع الأسلوب العـلاجي السلوكي في التغلب على هـذا القلق الذي يحتـاج الى وقت وجهـد وارادة ومعـانـاة فيـما إذا اختـار العلاج السلوكي والاستراتيجيـة العلاجيـة السلوكية تفـرض عليه، كيما يتغلب على قلق الانـزعاج العـديد من الـطرق، اعتناق الفلسفـة المناهضة لمعتقداته وتبـديلها بـأخرى ايجـابية مقـوية ومـدعمة لـلأنا، والصمود في وجه النزوع نحو المخـدر أو المسكر، تشتيت أفكـاره فلا يركزها على موضوع ادمانه، أي ايجاد بدائـل حياتيـة سارة تجعله مـع الوقت يجد فيها المسرات البديلة عن السكر والخمرة، تقويـة السيطرة الذاتية على نزوعه، عدم الاستجابة الى المنبهات والمثيرة للنـزوع نحو الادمان ومقاومتهـا وبالـطبع فهـذه الاستراتيجيـة العلاجيـة برمتهـا

تحتاج الى وقت كيما تحدث تبديل البنية المعرفية وبالتالي تغير السلوك الادماني. وخلال هذه الفترة وإلى أن تثمر هذه الاستراتيجة العلاجية وتحدث التحول السلوكي المطلوب يتعين على المدمن أن يتحمل قلق الانزعاج. ثم لا ننسى أن الأفراد الذين بطبيعتهم يتصفون بعتبة ضعيفة في تحمل الاحباط في حياتهم، ووقعوا في براثن الادمان، هؤلاء يجدون مشقة كبيرة في تحمل قلق الانزعاج، وبالتالي فإن أخذهم الاستراتيجية العلاجية التي وصفناها وشرحناها لا يكون أخذاً جدياً، وغالباً ما تكون معالجتهم صعبة وتحتاج الى جهد كبير ودعم من جانب المعالج.

٥ ـ المشكلات التي تعترض التعرف على أنموذج الامتناع عن الكحول وضعف عتبة التحمل:

رغم أن ديناميكية الامتناع ومستوى التحمل الضعيف للاحباط تبدو سهلة الفهم، فإن المعالجين الذين يأخذون بمبادىء العلاج الانفعالي ـ العقلاني غالباً ما يتجاهلون هذه الآلية الديناميكية خلال مداخلاتهم العلاجية لتبديل السلوك الادماني. ويرى الدكتور أليس Ellis (صاحب هذا النمط من العلاج ومبتدعه) إن الأغرار المبتدئين في هذا النمط من العلاج من المعالجين تفوتهم هذه الديناميكية في العلاج. ويرى أليس أن هذا الاغفال لهذه الديناميكية من قبل هؤلاء المعالجين يعود الى سببين، السبب الأول (Ellis 1979) إن قلق الانزعاج الناجم كما رأينا عن تحمل منخفض للاحباط كثيراً ما يصعب التعبير عنه لغوياً أو تحديد هويته، ولادراك هذا الاحساس أو الشعور بالانزعاج يمكنك القيام بالتجربة التالية:

اختر شيئاً مولعاً به لدرجة تشعر أنه جزء من مسرتك، كالطعام، والكحول أو الدخان أو غير ذلك من العادات. تخيل المتعة الكبيرة التي تحصل عليها من خلال تعاطيك لذائذ هذه العادة. الآن قل لذاتك الى أي حد تشعر بالاحباط والكدر والألم إذا ما حرمت من تعاطي هذه اللذة أو فطمت نفسك عنها. بعد ذلك حدد الشعور بدقة الذي ينتابك من خلال تخيل هذا الحرمان أو الفطام. ماذا تسميه هذا الشعور؟

الواقع أن هذا التدريب لو طلبنا الى العديد من الناس أو المعالجين أن يمارسوه ومن ثم نطلب منهم في نهاية الأمر تحديد ـ بدقة لغوياً ـ ما يشعرون به من خلال هذا الحرمان أو الفطام لجاءت اجاباتهم مختلفة متباينة، البعض يسميه الولع، وآخرون الحرمان أو الجزع أو الاضطراب، والكثير منهم يسمونه بالشعور السلبي أو المزعج، ولحسم هذا التباين في تسمية هذا الاحساس أطلق عليه أليس اسم قلق الانزعاج discomfort/anxiety وإذا قيض للمرضى أن يكونوا عاجزين عن التعبير عن هذا الشعور، أو لم يضعوا هذا الشعور المزعج فإن المعالج والحالة هذه قد لا يتجه الى تقصي الأفكار اللاعقلانية الخاطئة التي ولدت هذا الشعور السلبي عند المدمن.

والسبب الثاني الذي يجعل المعالج لا يفطن الى هذه الديناميكية المعرفية (الفكرية) هو من الاستراتيجية التي يستخدمها في مساءلة المرضى. فعندما يبدي المدمن الى المعالج أنه تعاطى المخدر أو المسكر، فإن هذا الأخير يفتش عن محتويات المقولة ABC (أي الحادثة المحرضة لتعاطي المادة المخدرة A، والعمليات الفكرية من توقعات

وتقويمات B، وأخيراً الاستجابة الانفعالية C) وذلك قبل البدء بعملية مناهضة الأفكار الخاطئة اللاعقلانية فالمعالج يسأل المدمن عن ما ينتابه من مشاعر ولكن بما أن المدمن كان وقد تناول المسكر أو المخدر فإن مشاعره الحالية هي إما بالمسرة أو بالاثم وتوبيخ الذات، بينما تكون مشاعر قلق الانزعاج قد زالت بفعل تناول المسكر، فالمدمن سرعان ما يلجأ الى تلبية نزوعه نحو المسكر أو المادة المخدرة ما أن يشعر بقلق الانزعاج، لذا فهذا الشعور سرعان ما يزول بعد تناول المسكر وكل ما في الأمر أنه يعبر عن الشعور بالاثم لقاء تلبية النزوع نحو الشرب الى المعالج، وهنا يلجأ المعالج الى ارشاد المدمن المريض الى مناهضة المعتقدات الخاطئة التي قادته الى الشعور بالاثم.
وبالطبع ليس خطأ مناهضة الأفكار الخاطئة التي أدت الى مشاعر الاثم، وهذا ما سنذكره بعد قليل. الاّ أن الاستراتيجية العلاجية في هذه الحالة لم تمس جوهر المشكلة، وقد يترتب عنها أن المعالج قد لا يشعر بتبكيت الضمير ازاء فترة الشرب.

تقنيات الكشف عن التحمل الضعيف للاحباط:

هناك عدة وسائل نستطيع من خلالها الكشف عن وجود ديناميكية التحمل الضعيف للاحباط الذي ترتب عن الامتناع عن تناول المسكر أو المخدر، وهذه الطرق هي:

أ ـ الاستعلام من المريض حيال ما يشعر به عندما يكف عن تناول المادة المسكرة أو سؤاله عن شعوره عندما يكون في موقف لا يتوفر فيه المسكر أو المادة المخدرة التي تعود على تعاطيها، فقد يقاوم أو يرفع كتفيه ولكن عليك بالالحاح عليه ليكشف عن هذا الشعور

ب ـ حاول أن تعيد صياغة تعابيره عن مشاعره عند تعرضه للكف التي تكشف عن وجود ما اصطلحنا عليه من تسمية وهو قلق الانزعاج. وعلمه أن يستعمل هذا التعبير، تطلب منه أن يتخيل أنه قُدم له المسكر الذي يولع فيه وأن يبدي في الوقت نفسه مقاومة بعدم تناوله، اتركه يتخيل هذا الموقف الذي يتصارع فيه النزوع الادماني مع الامتناع والكف. قل له ان ما يشعر به هو الآن هو قلق الانزعاج، في المرة القادمة اسأل المدمن (على المسكر، أو الكوكايين أو الأفيون) عن شعوره واحساسه قبل تناول ما أدمن عليه، وما الشيء الذي كان يفكر به قبل تلبية ولعه ونزوعه الادماني؟ هنا يمكن للمعالج أن يركز على الطلب منه بمناهضة ما كان يفكر به وتدريبه على كيفية تصحيح هذا التفكير الذي هو جوهر ديناميكية تبديل سلوكه الادماني.

٦ ـ الانسمام كطريقة للتعامل الهروبي مع الموقف:

هناك ديناميكية تفكيرية (معرفية) شائعة هي لجوء المدمن الى تعاطي مادة الادمان من أجل الهروب من متاعبه التي تواجهه، وأن هذا السلوك يقوده الى الانسمام بالمادة المخدرة أو المسكرة كأسلوب في التعامل مع مواجهة المصاعب (الشكل رقم ٢).

من المعروف أن الكحول يحدث الشعور بالاسترخاء. وأن توقع الشارب له حسب ما تعلمه من محيطه الثقافي الذي يعيش فيه هو فيه تأثيره الاسترخائي على جملته العصبية. يتوقع المدير التنفيذي في شركة مثلا أن يأخذ كأس ويسكي بعد جلسة عاصفة مع مرؤوسيه

لترتاح أعصابه، والمتعـاطي الحشيش النشوة بعـد تعاطي هـذه المادة. هذا ورغم أن المعتقد الثقافي الشائع حول تأثيرات الكحـول والأفيون وغيـرهما من المـواد بكونها مهـدئة مـرخية، وقـد تكون كـذلـك فتثـير استجابات فيزيولوجية مُـرضية، الاَّ أن تـأثيرات هـذه المواد لا تكـون دوماً حقيقية على المستوى الفيزيولـوجي أي تثير الاستـرخاء، ومثـالنا على ذلك تدخين لفـافة التبـغ، فالمـدخن يتوقـع من السيجارة عنـدما يـدخنهـا أنها تجلب لـه الهـدوء بينـما هي في الـواقــع عـلى المستــوى الفيزيولوجي منبهة للجملة العصبية الودية فتزيد من ضربـات القلب وسرعة التنفس. فـالتوقـع أذن كثيراً مـا لا يتوافق مـع حقيقة التـأثير الفيزيولوجي في مسألة تأثيرات المواد المخدرة، وأيضاً مثلا الكحول، فهو يُنظر اليه من قبل الشارب كمادة محدثة للاسترخاء الاَّ أن من أحد تأثيراتـه الفيزيـولوجيـة هو زيـادة ضربـات القلب، وهذا مـا يناقض الاسترخاء على المستوى الفيزيولوجي. فالكحـوليون يضللون ذواتهم بأن الكحول مـزيل للكـرب والتوتـر، فهم يشعرون بقسط بسيط من الاستـرخاء، والامـر ذاته نـراه في المواد الأخـرى المؤثـرة عـلى العقـل والعاطفة، عدا الأدوية الخاصة كمضادات للقلق، فهي على المستوى الفيزيولوجي تكون مركنة مهدئة كالفاليوم مثلا فالمدمنـون على مثـل هذه الأدوية المهدئة يكون الادمان حقاً على دواء بخاصية مـركنة ليس فيـه عنصر الايحاء أو التـوقع. إن العـلاج الانفعالي ـ العقـلاني يُعلم المتعالجين أن في مقدورهم تبديل عواطفهم وانفعالاتهم المزعجة وذلك من خلال مناهضة معتقداتهم الخاطئة التي تجلب عليهم الكـدر والغم والتعـاسة. ورغم القنـاعة بفعـالية هـذا النوع من العـلاج الاَّ أنـه لا

من وجود عملية تعزيز سلبي تجري وتنشط، فالتعزيز من خلال اللجوء الى الكحول أو المادة المخدرة هو بازالة الألم، وفي هذه الحالة فإن ازالة الألم النفسي والانزعاج الناجمين عن المحرضات الأصلية المنشطة (تنشيط الميل الى تعاطي المخدر والكف المؤقت عن تناول المادة المخدرة) اضافة الى ازالة «شدة العرض»، وذلك باللجوء الى المخدر أو المسكر يعدان بمثابة معزز سلبي الذي يزيد من احتمال ظهور الآلية الادمانية مرة أخرى.

والحق يقال أن المدمن لا يلجأ الى الدواء المخدر أو المسكر حتماً في الحصول على اللذة بذاتها ولكن من أجل ازالة المشاعر السلبية والكرب التي تبدو له غريبة في بادىء الأمر، وأن بعض المدمنين يقرون أنهم يتعاطون الأدوية المخدرة والكحول لمثل هذه الأغراض.

إن التحليل السلوكي لنمط استخدام المادة المسكرة عند أي مدمن نجد فيه أن المدمس في كل مرة يلجأ فيها الى تناول المادة المخدرة أو المسكرة يكون اما من أجل مواجهة الموقف المزعج أو تحت تأثير ضواغط العمل وشداته. وتشير أبحاث مارلات (١٩٨٣) إلى أن معظم المدمنين ينتكسون عندما تعترضهم مواقف مزعجة مثيرة لقلقهم واضطرابهم. وغالباً ما يطالعنا المدمنون بأقوالهم التي تفيد أنهم يلجأون الى المادة المخدرة أو المسكرة وذلك من أجل الحصول على ما يخدر مشاعرهم واحساسهم أو كوسيلة للهروب. وعلى هذا نجد أن تعاطي المخدر يلعب دور الهدف المعزز تعزيزاً سلبياً (الهروب أو التخدير). فهو يساعدهم مؤقتاً ولفترة على تجنب

الضيق والكرب، أو الهروب منهما.

إن تعاطي الكحول أو المواد المخدرة الأخرى الانسمامية بغرض تخفيف الضيق الناجم عن القلق الأصلي وأيضاً شدة العرض نقول أن مثل هذا التعاطي له تأثيرات سلبية متعددة.

أ ـ يعزز معتقدات المدس أنه غير قادر على تحمل الانزعاج الانفعالي.

ب ـ يعزز عادة الشرب من أجل حل المشكلات الانفعالية.

جـ ـ يعزز عادة الاستجابة للحوادث الباعثة على التوتر باللجوء الى المسكرات أو المخدرات كوسيلة للهروب أو تخفيف التوتر النفسي.

د ـ يمنع المريض المدمن من تعلم الاستراتيجيات الفعالة التي تتصدى للحوادث المثيرة للتوتر أو المحرضة على شرب الكحول.

وهكذا نجد أن الكحول أو المواد المخدرة تشل قدرات الفرد في تعلم المهارات الفعالة القادرة على التصدي لمشكلات الحياة والتكيف معها.

أ ـ الصعوبات التي تعترض الكشف عن الانسمام كأنموذج تعامل مع الشدات:

لعل المشكلة الكبرى التي تقف حائلا في وجه الكشف عن المعتقدات الخاطئة التحتية عند المدمن هي في ميله الى انكار وجود مشكلة عنده، وغالباً ما يكون أفراد أسرة المدمن وأيضاً المعالج على معرفة بآلية الانكار هذه التي يظهرها المدمن المريض.

إن الانسمام كأنموذج تعامل مع الشدات عند المدمن يفسر لنا كيف يعمل هذا الانكار فالمريض يتمسك بانكاره في وجود مشكلة عنده ليس لأن مدركاته مشوهة للواقع فقط، ولكن أيضاً لأنه ينظر الى نفسه نظرة لا تشوبها أية مشكلة لا يشعر بوجود مشكلة عنده لأن تحمله الضعيف للاحباط سرعان ما يتخلص منه بالتماس الشرب للخمرة (أو المخدر) وبالتالي الهروب من قلق الانزعاج، فهو يهرب الى الشعور بالخبل وانعدام التعامل والاحساس وتبلد العاطفة ازاء ما يصادفه من متاعب حياتية. وواقع الأمر أن المدمن لا ينكر حقاً المشكلة بقدر كونه لا يشعر بوجودها ثم أن المدمنين يعجزون عن تنمية أي شعور بالتحدي والتنافس الاجتماعي أو المهني، ولكن بفعل آلية الانكار، فإنهم يستمرون في ممارسة أعمالهم. وفي هذه الممارسة لأعمالهم ينظرون الى ذواتهم نظرة خاطئة مزيفة بكونهم يؤدون عملا جيداً في الميادين التي يعملون بها، في الوقت الذي هم غير ذلك.

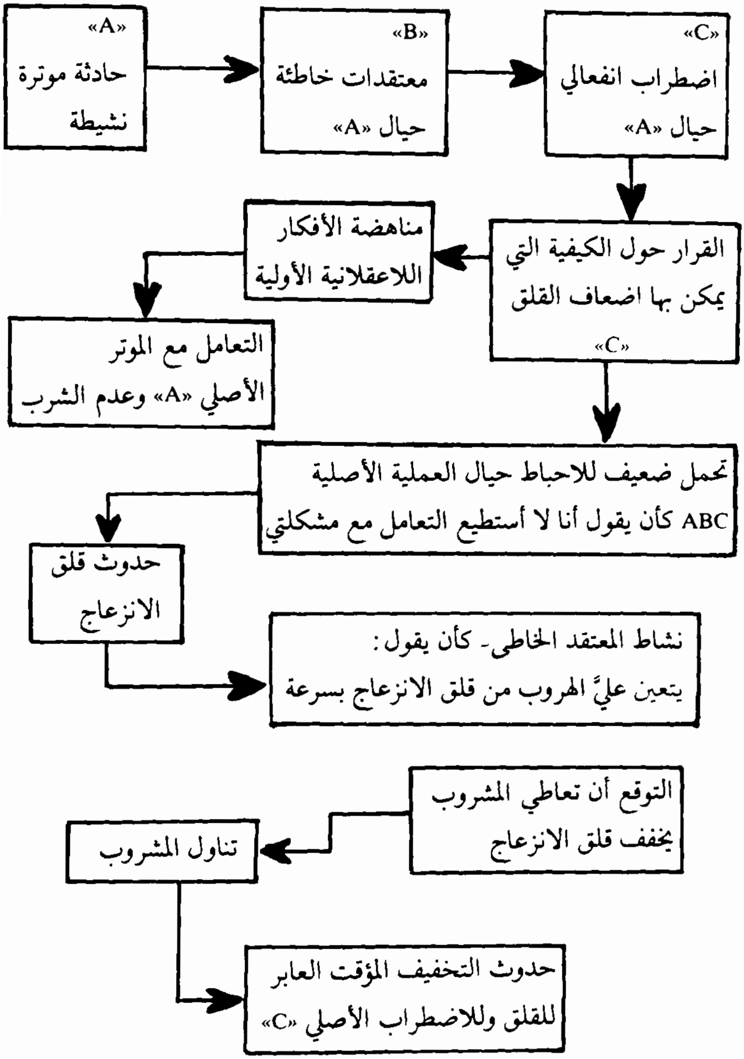
تطالعنا الدراسات بظاهرة تحدث ضمن نطاق أسرة المريض هي وجود من يساعده على تجنب مواجهة متاعبه وأن هذه المساعدة بدورها تقود الى انكار المشكلة وعدم ادراك وجودها وهذا المساعد من أفراد أسرة المدمن يحدد الكثير من المتاعب التي نجمت عن انغماس المدمن بالخمرة أو المخدر وفي اعتقادنا أن هذه الآلية تتطابق مع مقولة فيلانت (١٩٨٣) بأن الكحولية غالباً ما تقود الى حدوث اضطرابات الشخصية فمثلا إن شاربي الخمرة يعتقدون أنهم لا يتحملون تبادل المشاجرات لذلك فهم يفرون الى الشرب في كل مرة

يتشاجرون مع زوجاتهم. وبفعل هذا الفرار والسلبية والانهزامية فإنهم لا يحلون مشكلاتهم ولا أية قضية من قضاياهم الانفعالية في علاقاتهم مع الغير، ومع مرور الوقت يصبحون منعزلين اجتماعياً عن أقرانهم وحتى أفراد أسرتهم وأصحابهم. وإذا انتهى بهم المطاف الى الطلاق فلا يجدون بدائل يقيمون معها علاقات صحية جديدة. وبفعل انعزالهم اجتماعياً تظهر عليهم أعراض شبه الفصام نتيجة فشلهم في تعلم التآلف والتحاور مع الناس. وبما أن المخمور غالباً ما يعجز عن التعلم وهو في حالة سكر فإنه والحالة هذه يصبح فقير الخبرة الاجتماعية، ويتوقف نمو نضجه الاجتماعي واضافة الى ذلك فإن تأذي الخلايا الدماغية بفعل تعاطي الخمرة يزيد من تفكيره الاخرق اللامنطقي وتعاظم هذياناته المشوهة للواقع فيقترب كلما أزعن للشرب وتهالك عليه من حدوث الاعتلال الدماغي والاصابة بالعته العقلي، ولكن لا يوجد في المسألة مشكلة عند المدمن.

يتعين على المعالج الذي يتبع استراتيجية العلاج الانفعالي - العقلاني الاَّ يتعامل مع انكار الكحولي لمشكلته التي يؤطرها بكلمة «الانكار» نظراً لأن هذا الانكار بحد ذاته يعد ادراكاً خاطئاً والأكثر نجاعة بالنسبة للمعالج والأحسن نفعاً هو أن ينفذ الى عمق هذه التشوهات في مدركاته للواقع التي يسببها قلق الانزعاج ذاته وأيضاً هروبه، وبالتالي مساعدته على أن ينظر الى صعوباته الحقيقية التي طمسها بمساعدة من يساعده من أفراد أسرته

الشكل رقم (٢)

الانسمام كأنموذج للتعامل مع المواقف الصعبة



ب ـ التقنيات الرامية الى الكشف عن الانسمام وتعريته كأنموذج للتعامل:

لعل الطريقة الفعالة المجدية التي تجعل المدمن يدرك وجود قصورات في ذاته في التعامل مع مشكلاته هي اعفاء من يساعده من أفراد أسرته من الدور الذي يلعبه مع المدمن. وما أن يتم مثل هذا الاعفاء واخلاء الساحة من وجه المدمن حتى يجد الأخير أن هناك الكثير من الصعوبات والأخطاء التي كان في مقدوره أن يتجاهلها وينكر وجودها بدأت تتراكم في وعيه وتتحداه.

وأن رد الفعل الأولي الذي يظهره هو أن يتصرف تصرفاً مختلفاً عن السابق. يشعر لأول مرة الى أي حد كان معينه الذي نحي عن دوره يحميه ويعميه عن الواقع. وفي هذا الموقف وبفعل هذه التعرية التي جعلته يواجه لوحده متاعبه التي كانت وراء مدركاته بفعل مساعده المعين المستقيل، فإنه يقبل على شرب الكحول والاكثار منه والافراط بتعاطيه كرد فعل سلبي ازاء الصورة الجديدة التي يواجهها. والحق أن العديد من المشكلات أو الحوادث المحرضة لانزعاجاته ستتعاظم وتتضخم في وجهه، بحيث يدرك أنه لا يوجد من يعينه على حمايته منها وما أن تتزايد مشكلاته وتزداد سوءاً حتى يجد نفسه مرة ثانية أمام المخدر أو المسكر كوسيلة للهروب والتجنب. وهكذا يتزايد الوقت الذي يصرفه في تعاطي المخدر أو المسكر ويكبر حجم استهلاكه للمادة المسكرة. وباستفحال التأثير السلبي للمسكر على أدائه تتزايد مشكلاته ومتاعبه الحياتية وانحطاط تعامله معها، وبالتالي

يتعاظم كدره وقلقه س جراء بروز المزيد من المحرضات الناشطة لقلقه وفي نهاية الأمر نجده وقد غُلب على أمره، وحطمته ثقل المشكلات المتراكمة على كاهله فقد يفقد عمله، أو ينفض عنه ممن حوله أو تنحط مكانته الاجتماعية، ويعاني البؤس وعسر لقمة العيش. أو قد يحط به الرحال في هذه الرحلة التعيسة ليكون بين قضبان السجن، وفي هذا الموقف يدرك أنه لا يستطيع أن يمعن بالمزيد س الهروب من الواقع بواسطة الخمرة، فيقر ويعترف أن لديه مشكلة وقد يطلب العون لمساعدته

وبالطبع إن اتباع مثل هذه الاستراتيجية الاغراقية بالمسكر أو المخدر لدفع المدمن الى الصحو من خلال هذا الاغراق والاضعاف المتزايد لخداعه الذاتي من شأنها أن تدفع المدمن الى وعي قصوراته الذاتية في التعامل مع متاعبه الخارجية ولنعلم أن مثل هذا الاغراق لا يكتب له النجاح الاَّ إذا انسحب المعُين من الساحة، وترك المدمن لوحده يعاني متاعبه بدون عون.

والحقيقة أن ليس جميع المدمنين يحتاجون الى تعريضهم لأزمة الاغراق التي ذكرناها حتى يعترفوا بمشكلاتهم ويقروا بوجودها، ويدخلوها في وعيهم ويقينهم فهناك استراتيجيات أخرى يمكن أن يلجأ اليها المعالجون لمساعدة المدمنين على وعي مشكلاتهم. من هذه الاستراتيجيات هي مراجعة العوارض التي انتابت المدمنين، ونقصد عوارض الشرب أو تعاطي المخدر فإذا كان سبب هذه العوارض هو محرضات موترة تعرضوا لها، وكان الانسمام بالكحول هو أداة الهروب والمواجهة لهذه المحرضات، فإن المزيد من الأسئلة تبدو هامة

بالنسبة للمعالج وعليه أن يطرحها على نفسه، وهذه الأسئلة هي : أن يتصور المدمن وهـو يتعرض الى المـوترات ولكن بـدون أن يكون بـين يـديه أيـة وسيلة للوصول الى الخمـرة أو المادة المخـدرة، كيف يشعـر المدمن في هذا الموقف؟ وبم يفكر؟

كـما وعلى المعـالج أن يشـد انتباهـه الى الأشياء التي يفكـر بهـا مستقبـلا، وما يعتقـد حيـال الاضـطراب الانفعـالي الـذي يتـأتى من المـوتـرات والمحـرضـات Activating events، اضـافـة الى المعتقـدات اللامنطقية الخاطئة التي تثيرها هذه الموترات

ينتبه المعالج الى أهمية الأخذ بالاستـراتيجية الاضـافية الخـاصة بالاحباطات والفشل التي عـاناهـا المريض المـدمن. إذ عليه أن يفتش عن نـوعية المتـاعب والمشكلات الـرئيسية التي واجههـا المدمن، فقـد يكـون سبب الاحبـاط أو الفشـل قصـوره في مهنتـه وعمله، أو عـدم اكمال دراسته، أو كراهيته للفحوص والدراسـة ثم عليه أن يعـرف الأسبـاب التي حالت دون حـل المشكلات التي عـاناهـا، وحالمـا يقر المتعالج المدمن بوجود حلول لمشكلاتـه العملية، فـإن على المعـالج أن يستعلم عن الموانع التي حالت دون الأخذ بهذه الحلول، وبماذا يشعـر المتعالج إذا حاول الأخذ بها؟ وغالباً ما يجد المعالج أن المريض مـازال لا يعي مشكـلاتـه، وبـالتـالي يلفت نـظره الى أن التحمـل الضعيف للاحباط هو الذي يمنعه من محاولتـه لانتقاء الهـدف أو الوصـول اليه وعلى المعالج هنا أن ينبه المريض كيف أن شكاويه لا تتوافق مع جهده الضعيف للتغلب عـلى مشكلاتـه العملية، وبـالتـالي يلح عليـه كيف يتجنب الحلول بفعل معاناته لقلق الانزعاج.

يعطي نتائج سريعة التي يرنو اليها عادة المتعالج المريض. وكيما يعطي هذا العلاج ثماره ونجاحاته المرجوة يتعين على المتعالج أن يـدأب على ممارسة تمارين مناهضـة للأفكـار اللاعقـلانية أينـما شعر بـالانزعـاج، وهذا يعني أن الشعور بالانزعاج سبق وانتابـه قبل المبـاشرة بـالتعامـل معه بآلية التصدي للأفكار اللاعقلانية.

إن العلاج الانفعالي ـ العقلاني يفترض أن معظم الأفراد الذين يشكون من اضطرابات ادمان لديهم أفدح مشكلة وأعظمها خطورة. وهـذه المشكلة الفادحـة تتجـلى في عـدم قـدرتهم عـلى ضبط الـذات والصـبر وتحمـل الازعــاج حتى يتعلمـوا الـطرق الفعـالـة الكفيلة بتخلصهم من ادمانهم. وواقع الأمـر أن الاضطراب الانفعـالي الذي يعانونـه في المكان C (أي الاستجـابة الانفعـالية) من المعـادلة ABC، هـذا الاضطراب يصبـح العنصر المنشط المحرض، أي (A) لسلسلة من المعتقـدات والأفكار الخـاطئـة، وبـالتـالي تبـرز مشكلة انفعـاليـة جديدة، ويسمى العلاج الانفعالي ـ العقلاني هذه العمليـة المحرضـة لـلافكار الـلاعقلانيـة عند المـدمن والتي تزيـد من اضطرابـه النفسي «بشـدة العرض» Symptom stress أو الاضـطراب الانفعالي الثـانوي Secondary Emotional Disorder (Wallen, Wester 1980). فـعـنـد مرضى الادمان تـظهر شـدة العرض بصـورة جامحـة طاغيـة، إذ يبدو هؤلاء عـاجزين عن تحمـل مشاعـر الاكتئاب والقلق، والغضب التي تعصف بهم، ومـا أن تستحكم بشعورهم هـذه الاضطرابـات نراهم وقـد تملكتهم الأفكار الـلاعقلانيـة المعززة لتنـاول المخـدر أو المسكـر لتخلق قلق الانـزعـاج أو تنحط قـدراتهم عـلى تحمـل الاحبـاط أمـام

اضطراباتهم النفسية السالفة الذكر (الاكتئاب، القلق الى غير ذلك.)، وهكذا إن محتوى تفكيرهم اللاعقلاني يدور حول الموضوعات التالية:

- لا أستطيع تحمل هذا الانزعاج.
- يجب أن أزيل الكدر وأحيله الى سعادة.
- يجب ألا أكون مكروباً.
- لا يفترض أن أكون منزعجاً.
- أنا ضعيف جداً أمام مشاعر الكرب فلا أتحملها.

إذن إن هذه المعتقدات الخاطئة ازاء الادمان تقود الى - كما ذكرنا - ما أسميناه بقلق الانزعاج، والكحوليون في مقدورهم تجنب هذا القلق وذلك بمناهضة تلك المعتقدات الخاطئة، وأن الطريق الأقصر والأسرع لازالة هذا القلق الذي يرونه عادة ويلتمسون بلوغه هو تناول المسكر أو المخدر، وأن مثل هذا الطريق الأسهل لا يخمد فقط قلق الانزعاج الثانوي ولكن أيضاً الاضطراب الانفعالي الأصلي الذي حرض العرض.

يعد التوتر المعزز السلبي والذي بدوره يزيد الاحتمال أن السلوك الادماني سيعود الى الظهور ثانية في المستقبل، ومن الأهمية بمكان أن نلاحظ أن في اللجوء الى الانسمام الادماني كأسلوب تعامل مع قلق الانزعاج لا تكون المادة المخدرة أو المسكرة ذات تعزيز ايجابي. فالنشوة التي تلازم تعاطي الكحول وترفع من معنويات الشارب المدمن لا يكون سببها التمتع بالمشاعر التي يحسها آنياً ويشعر بها إنه في حالة سرور وانشراح، فالمدمن في هذا الموقف يشعر بنوع

٦ ـ الانسمام الكحولي يساوي فقدان قيمة الذات والصغارة:

يشعر الكثير من المدمنين أنهم مغلوبون على أمرهم، وأسيرو نوع من السلوك غير قادرين على الافلات من اساره وعقاله. وما أن يقعوا في حبائل الادمان على المخدرات أو الكحول حتى يجدوا أنفسهم أن قيمة ذواتهم قد تضاءلت وأضحوا عديمي الرفعة الاجتماعية. وأن مثل هذا التفكير يقودهم الى معاناة مشاعر الاثم والاكتئاب. فالمدمن يشرب الخمرة أو يتعاطى المخدر من أجل ازالة الاكتئاب الذي يمسك به ويطوق مسراته، ويؤنب ذاته على تهالكه على المسكر أو المخدر وبالطبع ليس جميع المدمنين تعتريهم مثل هذه المشاعر والأفكار السلبية، الاَّ أن شريحة كبيرة مس هؤلاء تصنف بما نسميه بأنموذج الانسمام الذي يؤدي الى فقدان اعتبار الذات، وهذا الانموذج يوضحه الشكل رقم (٣).

ويلاحظ أن هؤلاء الأفراد ما أن يصحوا مس عارضة الشرب، فغالباً ما يواجهون بمشاعر سلبية نتيجة شربهم، بكوارث تلحق بهم. كأن يفقدوا عملهم وخسارة دراستهم الجامعية أو المدرسية، وبالانتقادات أو التحقير اللذين يوجهان اليهم. وفي هذه المواقف لا مناص من أن يختاروا إما قبول ذواتهم بارتكابها أخطاء هامة والاعتراف بهذه الأخطاء نتيجة تهالكهم على الخمرة أو تعاطي المخدر، أو أنهم يدينون أنفسهم ويقرعونها لما أقدمت عليه من آثام (تحقير الذات ولومها). ودلت الملاحظات السريرية والسلوكية على أن كثيراً مس الكحوليين والمدمنين على المخدرات الذين يتسمون

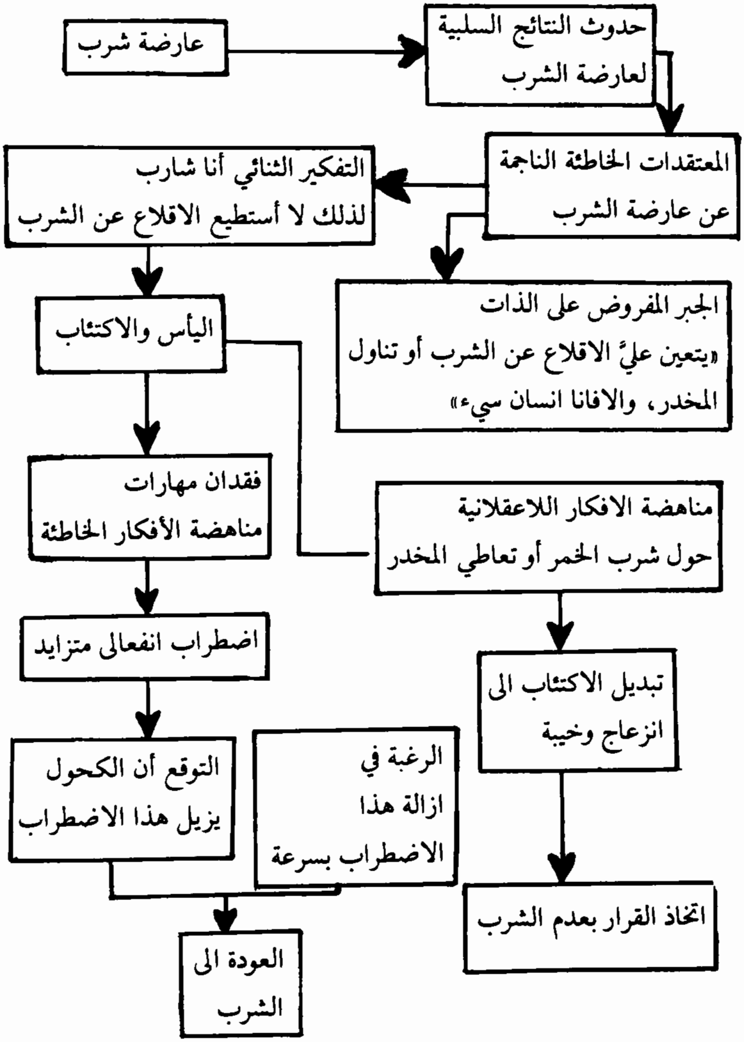
بشخصيات عُصابية يستغلون كل عارضة من عوارض الانسمام الكحولي أو الادماني التي يغرقون في أتونها لتكون لهم فرصة لمعاقبة ذواتهم. ولعل صورة المعتقدات الخاطئة اللاعقلانية التي تحدث في هذه الديناميكية المعرفية (الفكرية) هي على شكلين؛ في الشكل الأول هو المطلب المطلق الذي بموجبه يقرر المدمن أنه لن يتعاطى المخدر أو المسكر مهما كانت الظروف والموترات التي قد تحيق به حاضراً ومستقبلا وحيث أن أمثال هؤلاء لم يسبق أن فرضوا على ذواتهم مثل هذا الجبر العقيدي فإنهم يستنتجون من ذلك أنهم أناس لا قيمة لهم، وهذه المشاعر الدونية والصغارة أتت من هذا الجبر الاعتقادي الذي لا دليل عليه

أما الصورة الثانية س لا منطقية الأفكار والمعتقد فتصدر عن التفكير الثنائي الفرع، إذ ينظر المدمن الى ذاته إما أنه شارب للخمرة، أو غير شارب. فإذا ما أخذ رشفة خمر أو نشق حفنة من الكوكايين، فإنه والحالة هذه شارب الخمرة أو متعاطي المخدر. لذا نجد أن الخط الفاصل بين الادمان وغير الادمان هو دقيق غير مرن وصلب. فعندما يقرر متعاطي الكحول أو المخدر الامتناع عن تناول المادة التي تعود على تعاطيها، يجد نفسه وقد وقع في ورطة وتعرض للمخاطر، فإن ظل ممتنعاً محجماً فهو بذلك غير متعاط للمخدر أو المسكر، أما إذا مال الى تناولها وأخذ منها جرعة فهو متعاط، وعندما يعطي لنفسه هوية المدمن المتعاطي، فإنه يصبح غير قادر على فطم نفسه والتخلي عن ادمانه.

الشكل رقم (٣)

أنموذج الانسمام يعادل الصغارة وفقدان الاعتبار الذاتي

(عن البرت أليس)



وعـــاين كـــل من مـــارلات وغـــوردن (١٩٨٥) الكثـــير مـــن الدراسات والمعاينات السريريـة فاتضـح لهما أن هـذا التفكير الثنـائي Dichotomous reasoning أو الصفة التي يلصقها بنفسه المدمن يزيدان من الاحتمال بأن أية هفوة أو زلة جديدة في العودة الى شرب الخمرة، أو تنـاول المخدر يتـرتب عنها الانتكـاس الكامـل Total relapse وقـد سمى أليس Ellis هذه الظاهـرة الانتكاسيـة «تأثـير خرق الامتنـاع أو الفـطام عن تعاطي المسكـر أو المخدر» abstinence violation effect، ذلك أنه بمجرد خرق هذا الالتزام في الامتناع نجد عند المدمن عـودته الى تعاطي مسرته الادمانية. وما أن يعطي المدمن لنفسه صفة المـدمن حتى نجد اليأس والخور يطغيان على نفسه لأنه غـير قادر عـلى الهروب من دائه وادمانه.

٧ ـ مطلب الاثارة:

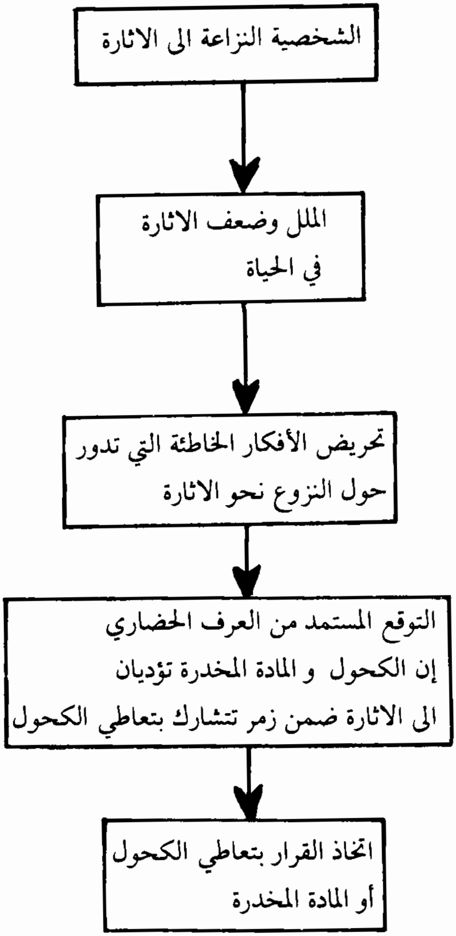
منـذ أكـثر من ٢٥ سنـة لاحظ البـاحثـون وجـود عـلاقـة بـين الكحـوليـة والسيكـوبـاتيـة (Gluek, Mccord 1960). ويعتقـد بعض البحاثين أن السيكوباتية هي الأولية والتي تقود الى الكحولية (Robins 1966). في حـين بـاعتقـاد الآخـرين من البحـاثـين أن اعـراض السيكـوبـاتيـة تنجم عن الكحـوليـة (فيـلانت ١٩٨٠). وفي رأي Schuckitt شوكيت (١٩٧٣) أن مثل هذه التفسيرات ليست قاطعة إذ أن هناك احتمالين في تفسير هذا التلازم بين السيكوباتية والكحـولية، الاحتمـال الأول أن الادمـان عـلى الكحـول أو المخـدر هـو عـرض لشخصيـة تتسم بسلوك مضـاد للمجتمـع، والاحتمـال الثـاني أن متعـاطي الكحول أو المخـدر يظهـرون أعراضـاً مضـادة للمجتمـع،

وذلك نتيجة لارتباطهم الأولي بالمخدرات والمسكرات. ووجد فيلانت (١٩٨٣) إن أفراد عينة دراساته من الكحوليين ينتمون الى هذين التصنيفين اللذين ذكرناهما. وهذه النتائج تبدو هامة بالنسبة للمعالج السريري الذي يتعامل مع الكحوليين والمدمنين على المواد المخدرة حيث قد يصادف أن الكثير منهم غالباً ما يكونون سيكوباتيين. فإذا كان المدمن بأصله وتركيبه سيكوباتي فإن ما يتساءله الفرد عن الآلية في السيكوباتية التي تؤدي الى الادمان.

يرى بعض أصحاب النظريات أن السيكوباتي ينزع الى مستويات عالية من الاثارة والرغبة في العيش دائماً في حالة اثارة. وهذا النزوع يكون مصحوباً بضعف في ضبط الذات والسيطرة عليها (Hare 1986). وتفترض النظرية الانفعالية ـ العقلانية أن هذا المطلب العالي الاثارة الذي يرنو اليه السيكوباتي وينزع الى الوصول اليه ليس كافياً ليوقعه في حبائل الادمان. ولكن إذا ما صاحب هذا المطلب عند السيكوباتي خضوعه لتفكير لاعقلاني يضعف من تحمله للضجر والملل، ورتابة الحياة، فإن الادمان وتهالكه عليه سيكون طريقه ومثل هذا الخليط من السيكوباتية وسيطرة الأفكار اللاعقلانية المضعفة لتحمله ومقاومته للحياة السلبية الخالية من الاثارة هو الذي يخلق عنده ما أسماه أليس بقلق الانزعاج عندما تكون الاثارة في نقطتها الدنيا ويعاني من ضعف تحمل الملل ورتابة العيش ويضاف الى ذلك توقع هذا السيكوباتي أن الخمرة أو المخدر من شأنها اضعاف هذه المشاعر السلبية ويشرح لنا أليس هذه الآلية وفقاً للنظرية الانفعالية ـ العقلانية بالشكل رقم (٤).

الشكل رقم (٤)

أنموذج الحاجة الى الاثارة



يتعين على المعالج الذي يأخذ بالعلاج العقلاني ـ الانفعـالي أن يشجـع السيكوبـاتي المدمن عـلى مناهضـة تفكيره الـلاعقلاني وخـطأ

معتقـده، أن حياتـه يجب أن تكون مثيـرة خاليـة من الملل والضجـر، وبالتالي تقديم العون لـه على تحمـل روتينية الحيـاة، والملل والضجر، الانفعالات الملازمة لحياة الانسان.

إن الاستراتيجيات التجـريبية قـادرة على مسـاعدة السيكـوباتي على أن يتعلم الطرق الأقل تقويضاً وتدميراً في ارضاء واشباع رغباتـه نحو بلوغ الاثارات وكسر مشـاعر السلبيـة والملل. عليهم أن يتعلموا أن المتعة وقضاء الأوقات السارة من خلال اللقاءات الجماعية التي يتم فيها شرب الخمرة والتسامر والعبث لا تكون كنتيجة من نتائج تعاطي الكحول، ولكن أيضاً عليهم أن يتحملوا النتائج الوخيمة من خـلال هذه المعاوضة الضارة المؤذيـة بكسر الملل بمتعة الخمـر أو تعاطي المـادة المخدرة.

الفصل الرابع
قواعد واعتبارات علاجية عامة

سنتكلم في هذا الفصل عن قواعد وقضايا علاجية هامة يجب الأخذ بها ومراعاتها عند الأخذ بأسلوب العلاج الانفعالي ـ العقلاني في علاج الادمان. فهذا الأسلوب يعطي أفضل النتائج العلاجية الناجحة عندما يعي المعالج أن النظرية لوحدها مهما تم زركشتها زركشة مقنعة ومتألقة، لا تعطي بالضرورة النتائج المرضية المرجوة منها علاجياً فالفعل الدؤوب والديناميكي الذي يصدر عن النظرية هو الذي يؤدي الى تبديل السلوك الادماني، ويكلل العمل العلاجي بالنجاح. وهذا ما يجب أن يضعه المعالج نصب عينيه عند تعامله العلاجي مع الادمان عموماً. إن أغلب الكحوليين بحسهم وفطرتهم يدركون أنه لا مناص من أن يبدلوا من أنماط حياتهم إذا أرادوا حقاً وفعلا التخلص من آفة الادمان الكحولي. ولكن بفعل أسباب معقدة يعجزون عن الانعتاق من هذا الاسار الادماني والتحرر منه.

يقوم العلاج الانفعالي ـ العقلاني ليس فقط على مساعدة المريض المدمن على وعي أفكاره الخاطئة المضللة التي تقوده نحو احتساء الخمر وتعاطيه والولوع به ولكن أيضاً تزويده بالتقنيات النوعية والخبرات والمهارات التي تساعده على تبديل أفكاره ومعتقداته (ازاء الخمر أو المادة المخدرة)، وسلوكه ومشاعره. وأيضاً بكل ما يرتبط بالمشكلات التي تفرزها الحياة في وجهه وبتعبير آخر على المعالج

أن يعمم تقنية تبديل أفكار ومعتقدات المريض نحو سلوكه الادماني وأيضاً نحو المشكلات الأخرى التي تعترض حياته.

١ ـ بدء العلاج:

إن العلاج الانفعالي ـ العقلاني، كأي نمط من أنماط العلاجات النفسية الأخرى، يتم في سياق العلاقة الشخصية المتبادلة. فالسمات النوعية لهذه العلاقة ينظر اليها عادة بكونها غير ضرورية وليست كافية لاحداث تبديل السلوك المطلوب، فمسألة هذه العلاقة تقوم أساساً على درجة تقبل المتعالج والقناعة التي ترسخت في ذهنه كيما يبذل الجهود الذاتية النوعية ليبدل في سلوكه الادماني، وبدون درجة معينة من التحالف والتفاعل الوفاقي بين المعالج والمتعالج ـ فإن الجهود الدؤوبة لاحداث التبديل في السلوك عند المتعالج قد لا تكون على المستوى المطلوب.

ومما لاشك فيه أن الكحوليين وغيرهم الذين يتعاطون المواد المحدثة للادمان لابد وأنهم تلقوا الكثير من الارشادات والنصائح في حياتهم من قبل الأفراد المحيطين بهم بأنه يترتب عليهم تبديل السلوك الادماني. وهؤلاء رغم قناعتهم ومعرفتهم أن هذا التبديل هو لصالحهم، ويخدم حياتهم الصحية والنفسية والاجتماعية، الاّ أنهم لا يعقدون العزم الصادق، ولا يتخذون القرار الحاسم، للتخلص من آفتهم الادمانية. لذا فإن من أسس العلاج الانفعالي ـ العقلاني اقامة علاقة بين المريض والمتعالج تشجع وتعزز افصاح المدمن عن حقيقة افكاره ومشاعره والتعبير بدقة عن سلوكه بحيث يتمخض عن هذه

العلاقة التبادلية استبصار المريض بذاته والقيام بأداء نوعي يخدم الغرض العلاجي

إن البدء بالعلاج الفعال يتوقف على سمات شخصية المريض، ومن ضمنها خبراته الماضية والعلاجات السابقة التي تلقاها، وتفكيره الحالي ازاء مشكلاته التي يعانيها وهذا كله يستغرق وقتاً وجهداً من جانب المعالج

تدل الدراسات الخاصة بالعلاج الانفعالي ـ العقلاني (Wallen, Wessler 1980) إن المرضى الذين يطبق عليهم هذا النمط من العلاج يكونون أكثر انفتاحاً وصراحة واستجابة عندما تنشأ بين المعالج والمتعالج الثقة المتبادلة

ويمكن القول أن العلاج الانفعالي ـ العقلاني من مميزاته أن العلاقة العلاجية بين المريض والمعالج تقوم على الأسس التالية:
أ ـ القبول غير المشروط للمريض من جانب المتعالج.
ب ـ اعطاء البرهان على أن المعالج سيبذل قصارى جهده لفهم مريضه
جـ ـ البرهان على أن المعالج مصمم على مساعدة المريض على تبديل سلوكه الادماني.

بالنسبة لبعض الكحوليين وبخاصة أولئك الذين عانوا الانتكاس العديد من المرات لابد من الأخذ بالتوصيات الثلاث السالفة الذكر ثم إن من خصائص العلاج الانفعالي ـ العقلاني الناجح أن العلاقة القائمة بين المريض والمعالج تشجع على الثقة،

والتوقعات الايجابية، والثقة بخبرات المعالج وقبول المريض رغم جميع مشكلاته وفي إطار هذا الجو، تزول عند المريض المقاومة فينفتح على المعالج ليفصح عن أفكاره الخاصة، ومشاعره وسلوكياته وافعاله، وهكذا يتم اتخاذ القرار وتحديد الأهداف العلاجية والأهم من كل ذلك تحمل المسئوليات لتحقيق هذه الأهداف. ولعل العقبة الكؤود التي تقف حجر عثرة في اقامة مثل هذه العلاقة الايجابية تكمن في لا منطقية المعالج ذاته (أليس ١٩٨٥). وأنه لمن السهولة بمكان استسلام الفرد وخضوعه لمستوى تحمل ضعيف للاحباط أو «لرغبة مريعة» لتحقيق انجاز ناجح ازاء مرضى عانوا الانتكاس مراراً وتكراراً الاّ أنه من خلال الرفض العنيد من جانب المعالج القاء تبعة الفشل في العلاج على المريض أو الالحاح عليه بابداء استجابة ايجابية ازاء العلاج فإنه أي المعالج يستطيع اقامة علاقة علاجية مع المريض سليمة وقويمة

٢ ـ اقامة علاقة ايجابية تعاونية:

تتجه الجلسات العلاجية الأولى نحو تحديد هوية المشكلة ونوعيتها، وتقويم أبعاد الكحولية عند المريض والأهم من ذلك اقامة علاقة تعاونية.

ورغم أن معظم المعالجين يسعون الى اقامة علاقة عمل مع المرضى من خلال الاهتمام بما يفصحون عنه ومشاركتهم لعواطفهم، فإن تقنية العلاج الانفعالي ـ العقلاني تجد أن هذه العلاقة هي جانب واحد من تقنياتها الذي يمكن الأخذ به والعمل بوحيه لتحسين العلاقة العلاجية المفيدة الايجابية. والأكثر أهمية في هذه التقنية العلاجية التي

نحن بصددها هي الجهود التي يبذلها المعالج مع مرور الوقت كيما يبرهن للمريض أنه مقبول كفرد، أسوة بأي فرد آخر في المجتمع، حتى لو كان مدمناً، فلا ينتقص ذلك من قيمته واحترام شخصيته

والهام أيضاً هو انخراط المعالج انخراطاً كاملا في سعيه نحو فهم المريض ومساعدته على تحقيق التبديل السلوكي الأولي المطلوب. ومن خلال التنقيب عن معلومات تفصيلية وطرح استراتيجيات تبديل السلوك النوعية، فإن هذا مما يخلع على المريض الشعور بأن المعالج جاد في تقديم عونه الصادق والفعال له وبالتأكيد فإنه من خلال الانصات وطرح الأسئلة والتعليق والتعليم المباشر يصبح المعالج أكثر انخراطاً مع المريض ومع مشكلاته ومثل هذا الانخراط يعكس العلاج بكونه جهوداً تعاونيه متبادلة فتبديل سلوك المريض هو نتيجة تعاون قائم بين المريض والمعالج معاً وجهود مشتركة

ورغم أن المشكلات التي يطرحها المتعالج تبدو صعبة، الاَّ أنه لا يوجد ما يثبت على أنها مستعصية غير قابلة للحل شريطة التعاون المتبادل على تجاوزها. ومن ناحية أخرى يسعى معظم الكحوليين والمدمنين على المخدرات الى تبديل سلوكهم بمسعاهم الخاص وبدون عون. الاَّ أن هذا السعي غالباً ما يفشل، أو يصيبون به قليلا من النجاح. ومن خلال البرهان على أن تبديل السلوك يأتي من الجهود المشتركة، فإن المعالج والحالة هذه يرسخ الاعتقاد عند المريض بالتوقعات الايجابية حيال امكانية حدوث التبديل السلوكي المطلوب.

وبالطبع لا توجد في العلاج معادلة سحرية حتمية يتأتى عنها

شفاء المريض من مشكلاته. الاّ أن الجهود الفعالة التعاونية بين الطرفين تساعد على خلق المعتقد عن المريض بامكانية تبديل سلوكه الادماني.

٣ ـ أهمية تجنب التعميم واطلاق الأحكام المسبقة:

إن المصداقية والثقة الناجمتين عن اقامة علاقة علاجية بين المريض والمعالج لا تعنيان امكانية خلق افتراضات مبكرة سابقة لأوانها أو اطلاق التعميمات حيال المشكلات الادمانية عند المريض.

فالقول إن جميع المدمنين الكحوليين أو المدمنين على المواد المخدرة لديهم شخصية تركيبية معينة أو نشأوا في عائلة مضطربة غير سوية ليس أمراً تقره التجربة ولا يوجد ما يبرهن على ذلك فقط، ولكن أيضاً يمكن أن يفسر من جانب المريض على أساس أحكام سلبية وفيها طابع التحقير

وفي الوقت الذى نرى أن الخبرة السريرية ونتائج الابحاث والدراسات ترشدنا الى وجود مشكلات مشتركة غالباً ما تصاحب الادمان على المخدرات والمسكرات، الاّ أن تشجيع المدمنين على الافصاح عن ذواتهم من خلال أسئلة متزنة ودقيقة توجه الى هؤلاء المرضى واثارة حوار معهم يوجهه المعالج نحو أفضل الطريق الذي يوصل الى تبديل سلوكياتهم الادمانية هو الأصوب فنظرة المريض الى مشكلته هي التي تبدو هامة وبصرف النظر عن مدى دقة وعدم منطقية معتقداته وتشوهاتها، فإن عملية تبديل السلوك الطويلة الأمد تبدو أكثر فعالية.

وبـالطبـع يواجـه المعالجـون كثيراً من الحـالات عند عـلاجهم للمدمنين تشكـك بامكـانية تقـديم العون المجـدي لهم بفعل انعـدام النزوع عند المدمنين نحو تبديل سلوكهم الادماني أو نتيجـة مقاومتهم للعلاج. فنجد من يقول أن الكحوليين يعوزهـم الدافع نحو العلاج، أو أن الشخصيات المدمنة تقاوم العـلاج ولا يتوفـر فيها الـدافع نحـو المعالجة. ولا نشك أبداً أن مثل هذه الشخصيات تخلق روح الاحباط عند المعالجين، الاَّ أنه لا يـوجد بـرهان يـدعم تعميم ادعاءاتهم عـلى جميع المدمنين.

وأكثر من ذلك إن المعالج الذي يحمل هـذا المعتقد السلبي ازاء المدمن الذي لا يستند على بينـة علمية تجيـز التعميم يلحق أذى كبيراً بأمثالـه وأنه لا جـدوى والحالـة هذه من تحليـل البنية المعـرفية عنـد المدمن كيما نكتشف خلل معتقده ازاء الكحول الذي هو لب العـلاج الانفعالي ـ العقلاني. وأن مثل هذا الاتجاه المتشائم الذي يحمله أمثال هذا المعالج يجعل تـوقعاتـه دوماً سلبيـة ازاء العلاج ونتـائجه ويسلبـه الجهد الواجب أن يبذله من أجل تبديل السلوك الادماني.

وأكثر من ذلك فإن تعميم هذا الاتجـاه التشاؤمي العـلاجي من شـأنه أن يجعـل المعالـج يـرفض المـريض المـدمن، ولا يتعـامـل مـع مشكلاته

٤ ـ التعرف على المشكلات الأساسية والكشف عنها:

يتـطلب من المعالـج الذي يـأخـذ بتقنيـة العـلاج الانفعـالي ـ العقـلاني أن يبـذل جهـده الكبيـر من أجـل الكشف عن المشكـلات

الأساسية وذلك في الجلسات العلاجية الأولى، كأن يطرح على المريض الأسئلة التالية: ماهي المشكلة التي ترغب أن أساعدك على تجاوزها وحلها؟ لماذا أنت هنا الآن؟ ما نوعية المساعدة التي ترغبها في هذا الوقت؟ إن مثل هذه الأسئلة تساعد على تحديد العلاقة العلاجية، وبالتالي التعرف على نوعية العون الواجب تقديمة للمريض. ثم إن عملية تحديد اهتمامات المريض تزود بمعلومات هامة عن مفاهيم ووجهات نظر المريض لمشكلاته، أي كيف ينظر الى المشكلات التي تعترضه وأيضاً نظرته الى تعاطي المواد المخدرة. وفي الوقت الذي يكون التعرف على المشكلات هو بمثابة رؤية القسم البارز الذي يطفو على سطح البحر من الجبل الجليدي، فإن عملية طرح مثل هذه الأسئلة والاجابة عليها ضمن اطار أفكار الاحالة، هذه العملية تشكل الأدوار الأولية للعلاقة التبادلية.

وخلال ذلك يسعى المعالج ليكون مهتماً بوجهات نظر المريض ازاء مشكلاته، ويدفعه الى الكشف، وتحديد وتبديل هذه الأفكار بحيث أن هذا الدفع يمكنه من التوجه نحو التقدم تقدماً ثابتاً ودائماً

في الاجابة على الأسئلة المتعلقة بالشيء الذي يلبي رغبات المريض في الوقت الراهن، يجد المعالج الكثير من المعلومات النافعة المفيدة التي تظهر وتبرز. فمثلا قد يقول المريض/المريضة: «تعتقد زوجتي أنني أتعاطى الخمرة بكثرة» ومثل هذه المقولة يمكن أن تثير حواراً مع المريض من أجل اعادة توجيه انتباهه نحو ما يعتقده حيال شربه، وما هو المقدار الذي يعتقده أنه كبير في الشرب، وماذا يحدث إذا ما أقبل على الشرب والى ما هناك من أسئلة

وإن التـأكيد هنـا يتركـز على ايجـاد مقياس للسيـطرة من أجـل تحديد المشكلات ضمن اطار المريض ذاته كخطوة أولى نحو حل هذه المشكلات. ومن غير الحكمة حتى لو كان الأمر يتعلق بخلق وفاق مع المريض الرافض، أن يوافق المعالج تحديد المريض لمشكلته أنها تكمن في شخص آخـر وهذا من شـأنه تشجيعـه على خلق تـوقعات تهـزم الذات وتضعفها وتبدد أهداف العلاج. ففي مثالنا الذي ذكرناه فقـد يستطيع المريض الحصول على ربح ثانوي بجعل زوجته تبدل توقعهـا من تعاطيه لشرب الخمرة (أي جعلها تقبل واقعه وتتحمله) ومثل هذا الأمر يترتب عنه مضيعة للوقت وللجهود اضافة الى استمرارية مشكلة الادمان.

ومن الأهميـة بمكان ان يهتم المعـالج بخلق أواصر الـوفـاق مـع المـريض، وتجنب أن يلعب دور الحـاكم والفيصـل. ولكن أيضـاً أن يصحح منذ البدء خطأ التصورات وسوء فهمهـة حول هـدف العلاج اللذين قد يحملهما المريض.

٥ ـ تقديم عون التوجيه الذاتي:

بينما يعمد المعالج الى خلق الأجواء المناسبـة الراميـة الى تعزيـز التوقعات الايجـابية عنـد المريض حيـال امكانيـة تحرره، من ادمـانه، وذلك من خلال التفاعل الفعال معه، اضافة الى اثارة حوارات نوعية تهدف الى تحديـد المشكلات الأسـاسية التي يعـانيها فـإنه من الأهميـة بمكان تدريب المريض على تطبيق النظرية الانفعالية ـ العقلانية بهدف أن يقدم لذاته العون وبنفسه. فمنذ البداية يتوقع المتعالج أن ينخـرط

في عمـل تبديـل سلوكه بشكـل موصـوف من أجل السـير قدمـاً نحو تحقيق التقدم في تبديل السلوك.

يتعـين على المعـالج أن يضـع مخططاً لتـرشيد جهـود المتعـالـج وابقائه نشـطاً فعالا في تنفيـذ هذا البـرنامـج ولكن عليه الا ينسى أنـه ينتظر منه ما يجب أن يفعله من أجل شفائه

وبالطبـع لا يكون مفيـداً أن يقول المعـالج للمـريض المدمن: «عليك أن تشفي ذاتك بذاتك ولكن من الخطأ أيضاً أن يقول له «أنـا الذي سأشفيك» لأنه يضعه في هذا المـوقف في وضعية سلبيـة لا يعده كيـما يبذل جهـداً، وهو أسـاس العـلاج. إذ لـو أن المـريض كـان في مقـدوره أن يقلع عن المسكـر أو المخـدر بنفسـه لـمـا التمس عـلاج المعالج. ولو أن المعالج اكتشف الدواء أو العلاج الفعال لشفاء المدمن لزال الادمان، وتوقفت علاجاته، ولم يعد يشاهـد مدمنـاً يطرق بـاب عيادته، واكتفى بالعيش بما سيحصل عليه من جائزة نـوبل (عـلى حد تعبير الدكتور البرت أليس).

ولعل الطريقة المثلى الفعالة هي أن تُعَلم المدمن التوجيـه الذاتي الـذي يمكن أن يساعـد ذاته بنفسـه بهذا التـوجيه وبـطريقة مبـاشرة، وهذا يمكن تحقيقه بـأن يطرح أسلوب عـلاجه عـلى المريض بـالصورة التالية:

«تقـوم مهنتي العلاجيـة على تعليم المـرضى على كيفيـة تبـديـل طـريقة تفكـريهم ومشاعـرهم وسلوكهم. والشيء الـذي تعلمتـه من خـلال ممارستي لهـذه المهنة العـلاجية أنني لا أستـطيـع جعـل النـاس

يبدلون التفكير والسلوك والمشاعر لأنني لا أملك القدرة الساحرة التي تجعلهم يبدلون تفكيرهم وسلوكهم، الاَّ انني وجدت الكثير من المرضى الذين هم في مثل حالتك ان في مقدورهم تبديل تفكيرهم وسلوكهم عندما يتعلموا طرق تبديل التفكير من قبل المعالج، وهنا يكمن دوري وتبدو مهمتي معك، أي أن أرشدك وأساعدك علي تبديل تفكيرك ومشاعرك وسلوكك.

كيما أعلمك كيف تساعد نفسك، عليك من وقت الى آخر أن تنفذ بعض التدريبات والوظائف اليومية، وأطلب منك أن تفتح سجلا تسجل فيه أفكارك ومشاعرك وتصرفاتك بين فترات زياراتك العلاجية، كما وعليك أن تقرأ الكتب المفيدة التي اقترحها عليك أو الاستماع الى تسجيلات صوتية، ومن ضمنها التسجيلات التي نجريها خلال الجلسات.

ومن خلال الالتزام بأداء هذه النشاطات قد نبتدع معاً من الطرق الأخرى المفيدة تكون كلها بهدف تحقيق غرض واحد هو ممارسة تبديل السلوك المطلوب. والذي اعتقده أنك ستحصل على ضالتك المنشودة بتبديل السلوك المطلوب في الوقت الذي ستجد أن هذا يتطلب صبراً وجهداً أو حتى ازعاجا، وبالتأكيد إذا ما التزمت بأداء ما نتفق عليه من تمارين وواجبات فإن التحسن والوصول الى الهدف سيكون سريعاً

وبالطبع ليس كل المرضى سيستوعبون هذه التعليمات عندما تطرحها طرحاً مباشراً، الاَّ أن أفكار هذه المقولة (التعليمات) يمكن

بطريقة غير مباشرة تلقينها على مراحل ومن خلال المناقشات التي تدور مع المريض في سياق الجلسات العلاجية.

وقد يبدى بعض الكحوليين الحجج ليبرهنوا للمعالج أن حياتهم هي ملكهم وأنهم يحتاجون الى ارشاد. هنا على المعالج أن يقدم الارشاد، وهم يتحملون تبعات النتائج السلبية التي قد تدفعهم مستقبلا لصحوة من أجل التبديل والتفكير به وثمة حكمة هامة في هذا الصدد هي أن على المعالج أن يعلم أن جميع أنماط العلاج تقوم على مساعدة المريض لذاته، Self-help.

٦ ـ على المعالج أن يخلق التوقعات الايجابية وتحديد الحدود:

يتعين على المعالج عند بدء العلاج أن يعير انتباهه الى أهمية خلق التوقعات الواقعية الايجابية عند المريض، اضافة الى تحديد حدود الخدمات العلاجية التي سيقدمها له. ومن الأهمية بمكان، بادىء ذي بدء أن يسبر المعالج توقعات المريض المدمن بخصوص تبديل سلوكه الادماني وذلك من خلال طرح مثل السؤال التالي عليه، «ما هي محاولاتك السابقة حيال شربك (أو تعاطي المادة المخدرة) في الماضي؟» ومن المعروف أن معظم المدمنين غالباً ما سبق واتخذوا قرارات بالاقلاع عن الادمان في الماضي. بل وقد يكونون قد أصابوا بعض النجاحات المحدودة لبعض من الوقت، ولكن لسوء حظهم أن هذه النجاحات لم تلبث أن انهارت وتلاشت. ولا مراء أن الرغبة في التبديل لا تكون كافية لوحدها لاحداثه وخلقه، الاّ أن المثابرة والكد في مناهضة النزوع والافكار الخاطئة التي تغري المدمن

على كسر تصميمه على الاقلاع عن الادمان هما جوهر التقدم العلاجي.

ويخطىء كثير من المدمنين ان اعتقدوا أنه مجرد معرفتهم بمشكلتهم ووعيهم لها بتعبير بسيط كأن يقولوا مثلا: «أرغب في ايقاف المشروب أو المادة المخدرة»، يترتب على هذه الرغبة أو المطلب حدوث الحل المطلوب، وجوابنا على هذا المطلب، وهذا ما سبق وتكلمنا عن ذلك، إن تعبيري «السهل» و «البسيط» ليسا مترادفين. إذ يندر أن يكون سهلا تبديل أنماط تفكير مزمن لا شعوري وآلي ويأخذ مجرى العادة. وقل الشيء نفسه أيضاً بالنسبة للسلوك والمشاعر ويمكن حفز المريض على وعي حقيقة هامة هي أن تتباحث معه في جهوده السابقة ـ إن وجدت ـ والتي بذلها لتبديل سلوكه الادماني. ولعل أفضل طريقة يلجأ اليها المعالج الذي يتبنى مدرسة العلاج الانفعالي ـ العقلاني هي أن يفسر للمريض المدمن آلية الادمان (التي شرحناها في الشكل رقم ١) كيما يدرك المريض أن تبديل السلوك ليس بالسهولة التي يتصورها، ويعلل له أسباب فشله في الماضي في الاقلاع عن ادمانه والتخلص من عادته. وثمة أمر آخر جدير بالذكر هو (ويتعلق بالتوقعات) التوضيح للمريض حدود العلاج. فالمدمنون عموماً (على المسكرات أو المخدرات) قد يتوقعون الكثير والكثير من المعالج (كأن لديه عصا سحرية تشفي)، لذا لابد له من أن يبين للمريض حدود امكانات العلاج.

تدلنا الخبرات السريرية الكثيرة لرواد علاج الادمان على أن المدمنين تنتابهم أزمات متكررة في حياتهم عندما يواجهون

الانتكاسات بعد اقلاعهم عن تعاطي الكحول ولنعلم أن المدمنين عموماً الذين يتعاطون المواد المبدلة للعقل (النفس) غالباً ما تكون محاكماتهم العقلية ضعيفة، وتعوزهم السيطرة على الذات وضبطها، وينحون باللائمة على الغير فيحملونهم النتائج السلبية لاخطائهم وسقطاتهم ، ثم ان لديهم مشاعر قوية بالارتباط بالغير إذا ما قدمت لهم المساعدة والعون. وينتابهم الغضب إذا امتنعت عن تقديم هذا العون، لذا فعلى المعالج أن يضع حدوداً لمستوى العون الذي يقدمه للمريض وعلى الأخير أن يعرف هذه الحدود فلا يتجاوزها.

وقد درجت بعض المؤسسات العلاجية في الولايات المتحدة الأمريكية على اعطاء المريض تصريحاً خطياً يتضمن الأساليب العلاجية التي ستقدم الى هؤلاء المرضى، والأوقات التي تخصص لعلاجهم، والسياسات المتعلقة باتصالات المرضى بالمعالجين وذلك كله بهدف توضيح أبعاد وحدود العلاج الذي يتلقونه.

٧ ـ قضايا ومسائل التقويم:

مما لاشك فيه أن عملية تقويم مرضى الادمان ومشكلاتهم هي جزء هام من مراحل العلاج الأولي، وهي اجراء جوهري من أجل القيام بتخطيط علاجي فعَّال. ففي أسلوب العلاج الانفعالي ـ العقلاني تبدو عملية التقويم هذه مختلفة عن اجراءات التقويم التقليدية التي نشاهدها في القياس النفسي أو الاختبارات التشخيصية النفسية

ففي العـلاج الانفعالي ـ العقـلاني يرتكـز التقويم عـلى اجـراء سريري منهجي يستهدف التعرف على ما يكلم المريض ذاته من أفكار سلبية تهزم الذات (Self-defeating thoughts)، وعلى مشاعر المـريض المدمن وسلوكه، أي بتعبير آخر يسـبر المعالـج نوعيـة تفكير المـدمن، ومشاعره وسلوكـه وأفعالـه، وهذا التقـويم يكون مستمـراً وعملية لا تتوقف.

يعمـد المعالـج الى أخذ المعلومـات من المـريض. ويتم وضـع الافتراضات حيال الأفكار غير السوية النوعية ونتائجهـا على المستـوى الانفعـالي والسلوكي، ومن ثم يـطرح المـزيـد من الأسئلة وتجمـع المعلومـات بغرض التثبت من الافتـراضات والتصـورات التي وضعها المعالج أو نفيها، وإذا ثبت له عـدم صحة افتـراضاتـه البدائيـة حينئذ يتعين عليه استبدالها ومتابعة تقصي مدى صحتها

ويفضـل عادة البـدء باختبـار الغرض وتقـويمه وذلـك بمعـاينـة السؤال الأول المـطروح في الجلسة الأولى وهـو: «ما هي المشكلة التي ترغب في أن أقدم لك العون من أجل ازالتها؟» وهذا السؤال يتشعب ويتـوضح كيـما يتم تحديـد المشكلة بأبعـادها أي شـدتها استمـراريتها والاختلاطات التي تصاحبها. ويُجمـع المعالجـون السلوكيون أن هـذا النـوع من التقويم يقـود بذاتـه نحو التـوافق والتـوقعـات المعقـولـة، والتعـاون العلاجي بـين المريض والمعـالج. ذلـك لأن المـريض يبصر ويحس أن المعـالـج يسعى بكـل جهـده في محـاولـة فهمـه واستيعـاب مشكلتـه ثم إن هذا التقـرب التقويمي يـظهر للمـريض الى أي حـد تكون المعلومات منطقية التي يمكن استغلالها والاستعـانة بهـا للكشف

عن تفكيره ومعتقداته الخاطئة، وهذا ما يشجعه على تطبيق ما يتعلمه لحل مشكلاته.

ولانشك أن المعلومات التي ذكرها الطبيب الذي أحال المريض الى الطبابة النفسية السلوكية هي مفيدة ولكنها تفتقر الى المعلومات الخاصة بالتقويم الأولي والافتراضات. وأن أفضل ما يفعله المعالج عند أخذ القصة المرضية والتي تعد جزءاً من تقويم الحالة هو جمع هذه القصة بأسلوب الاستبيان Questionnaire (أسئلة الورقة أو القلم) اما قبل الجلسة الأولى العلاجية أو بين الجلستين الأوليين. وهذه المعلومات تكون مفيدة في توليد الفرضيات عند المعالج بالنسبة لشكاويه المرضية

وليعلم المعالج أن المعلومات التي تتضمن العمر، والمهنة، والوضعية الأسرية، والزوجية، والقصة الجنسية، والعلاجات السابقة جميعها تكون مفيدة وذات قيمة ووفقاً لما سبق وذكرنا حول القصة الطبيعية للكحولية أو الادمان على المخدرات فإن الوقوف على بعض هذه الحقائق واستجلاء أمرها قد تخلق في ذهن المعالج الفرضيات التي بموجبها يمكن توجيه الحوار خلال الجلسات العلاجية الأولى، واضافة الى ذلك، فإن مؤالفة المعالج من سمات علاجه وخصائصه تولد ذاتها بعض الافتراضات التقويمية ثم أن الحاجة الى رصد المعلومات عن قصة الحالة وسيرها وكافة ما يتعلق بموضوعات الجلسات العلاجية، هذه الأمور هي جزء من عملية العلاج.

٨ ـ قصة الادمان على الكحول أو المادة المخدرة:

بفعل الطبيعة المتعددة الأبعاد للكحولية وأيضاً المشكلات

المرتبطة بتعاطي المواد المخدرة وبفعل عجز الكحولي عن رؤية الربط بين تعاطيه الكحول والنتائج الوخيمة التي تترتب عن هذا الادمان، فلابد والحالة هذه من اجراء تقويم للقصة الادمانية عند المريض من جميع جوانبها الشخصية والاجتماعية والأسرية.

وهذه القصة يجب أن تكون شاملة كاملة لا انتقاص فيها، أي بتعبير آخر معاينة عقابيل واختلاطات الادمان على صحته الطبية، وتكيفه الاجتماعي والمهني والأسري والزوجي والدراسي وغير ذلك.

ورغم وجود الأدوات والأجهزة المعينة الحديثة التي يستطيع المعالج استخدامها للحصول على تلك المعلومات (اختبارات التقويم أو مقاييس تفرزها الحواسب الالكترونية) الاَّ أنه يكتفي عادة بالقصة السريرية للمشكلة الكحولية. تقدم القصة السريرية الكحولية عادة للمعالج المعيار الذي يقيس بموجبه شدة المشكلة الادمانية والتي عادة ماتكون عوناً للمعالج من أجل وضع الغرض وتحديد هدف العلاج، ثم إن القصة بحد ذاتها توحي للمريض أن العلاج يتوقف على مدى اهتمامه في سرد قصته بأمانة. وبالتحديد عاداته في اضعاف ذاته وارادته أمام الكحول أو المادة المخدرة، وهذه هي أهم ناحية يكشفها المدمن خلال سرد قصته، وخلال هذا السرد يمكن أن يوجه المدمن المريض الى اظهار اهتمامه بمشكلته بطريقة أخرى يطرحها المعالج بحيث تساعده على التغلب على ميله في انكاره رؤية مشكلة وتعمد تجاهلها بكونها لا ترتبط بالمشروب. ومن خلال معرفة نوع المتاعب التي سببها الكحول أو تعاطي المخدر للمريض المدمن، فإنها ستكون

مستقبلا بمثابة، أي خلال سير العلاج، نقطة تذكره بالتكاليف الباهظة التي دفع ثمنها المريض نتيجة ادمانه، وهذا ما يساعد العملية العلاجية في دحض الأفكار اللاعقلانية التي كانت تتحكم في أهواء المدمن وتجره الى تعاطي الخمرة أو المادة الادمانية.

ونذكر المعالج أنه من خلال أخذ القصة الادمانية من المريض، وما استجرت من مشكلات صحية وعقابيل سيئة أسرية ومهنية واجتماعية عليه، فإنه يتعين على المعالج الاّ يتخذ أحكاماً ولا يصدر آراء بحق المدمن بالقدر المستطاع، فمثلا إن السؤال التالي؛ «ما هو المقدار الذي تشربه من الخمرة؟» يمكن طرحه بالصورة التالية: متى شربت في آخر مرة؟ أو أن يسأله أيضاً: هل سبق وامتنعت عن شرب الكحول خلال قيادة السيارة؟ ومن الأسئلة التي لها علاقة بعلاقاته الأسرية يمكن أن تكون على الصورة التالية: «هل سبق ونبهتك زوجتك أو أن أولادك لفتوا أنظارك الى أنك تشرب كثيراً؟».

ثم ان أسئلة من هذا القبيل: «هل سبق وطلب منك طبيبك أن تتوقف عن الشرب؟» قد تستجر سلسلة من الأسئلة ذات العلاقة بذاك السؤال وترتبط بقضايا صحية، أما الأسئلة المرتبطة بالحياة المعاشية والدخل والعمل فيمكن أن تطرح على الشكل التالي: «هل سبق وذهبت الى العمل وكنت مخبولا؟» أو «هل سبق وأنذرت بالفصل عن العمل نتيجة شربك؟».

أما المشكلات المرتبطة بضبط الذات والقدرة في السيطرة عليها فيمكن أن تسبر بالصورة التالية: «هل سبق وشربت أكثر مما عزمت

عليـه شربـه؟» أو «هل سبق وحـاولت أن تلجم ذاتـك وتتـوقف عن الشرب ولكن وجدت صعوبة كبيرة أو استحالة هذا الكف؟».

وبالطبع ان الأسئلة التي ذكرناها هي نمـاذج فقط على مـا يمكن أن يطرحه المعالج في عملية تقويمه للنتائج الاجتماعية والطبيـة والمهنية والأسرية والاجتماعية التي تترتب عن ادمان الخمر أو المواد المخـدرة. إن المعالج الحديث العهد في المهنة أو المعالج غير الضليع بمهنته (الغر) قد يعتمد على الاختبارات والمقـاييس الخاصـة بالقصـة الادمانيـة على المسكـرات كمقيـاس مشكلة شـرب الكحـول لفيـلانت (١٩٨٣) أو اختبـار فولغـرو بارتـز (١٩٨٢). ومـرة ثـانيـة نـذكـر أن الهـدف من الحصول على قصة الادمان عند المريض ليست هي لأغـراض البحث أو للوصـول الى تشخيص قطعي لا لبس فيـه، ولكن الهدف هـو جمع المعلومات الخاصة بالنتائج السلبيةَ التي تترتب عن اقبال المريض عـلى شرب الكحول أو المادة المخدرة.

٩ ـ التقويم المعرفي:

اضـافة الى عمليـة استقصاء القصـة الادمـانيـة عنـد المـريض والتعـرف عـلى مشكـلات المـريض المـدمن التي نجمت عن تعـاطي الكحـول أو المـادة المخـدرة فـإن الجـانب الأكـثر أهميــة في عمليـة التشخيص والعلاج البدئيـين هو تحـديد نـوعية الأفكـار اللاعقـلانية والمعتقدات الخاطئة التي يحملها المريض نحو المخـدر أو المسكر وسـوء اضـطراب الوظيفـة المعرفيـة (الادراكية)، والانفعـالات المنافيـة التي يعيشهـا المريض والتي تخلد أنمـوذج قهر الـذات والتـزامهـا وسلبيتهـا

وضعفها أمام المخدر أو المسكر

في الفصـول الثلاثـة (الخامس والسـادس والتاسـع) سنفصـل باسهاب بعض أنماط الأفكار الخاطئة اللاعقلانيـة وما يتبعهـا عادة من انفعـالات ومشاعـر منافيـة سلبية والتي غـالباً مـا يعيشهـا المـدمنـون ومتعاطو المخدرات وتكون محور تفكيرهم التي توهن ارادتهم وتجعلهم مستسلمـين الى ادمـانهم. وتـدل الخبـرات السـريـريـة الى أن بعض المعتقدات الخاطئة تبدو مهيمنة على أذهـان الكحوليـين بحيث تمنعهم من المباشرة بالعلاج، وهذا ما يجب على المعالج أن يوليه الاهتمام.

على المعالج أن يتوقع وجود مقدار هام من شدة العرض Symp- tom stress عند الكحوليين والمدمنـين على المخـدرات، لذا عليـه أن يسمع ما يفضي به المدمن من لعنات وادانات ضد ذاته نتيجـة تورطـه في الخمرة أو المادة المخدرة. وأيضاً عليه أن يكتشف ما يعانيه من قلق الانزعاج وتحمله الضعيف لـلاحباط. وننبـه المعالـج الى حقيقة هـامة هي أن المعتقـدات التي تبدل سلوكيـاته الادمـانيـة تبـدو بـالنسبـة الى المدمن قاسية شديدة الوطأة عليه، ويترتـب عنها مستـويات طـاغية من الانزعاج، لـذا فإنـه من الأهمية بمكـان أن ننبه المـدمن الى ذلك كيـما يتوقع سلفاً أن معركته مع معتقـداته الخـاطئة التي هي سبب مشكلتـه الادمانية ليست سهلة، وعلى المعالج أن يكتشفها بـالسرعـة المطلوبـة «أي المعتقدات الخاطئة».

والامر الثالث في هذا الموضوع هو أن المعتقـدات والأفكار التي تدور حول اليأس وفقدان العون، والارتباط بالغير والاتكال عليهم

يجب أيضاً الكشف عنها وتحديدها من قبل المعالج من أجل منفعة المداخلة العلاجية البدائية.

وبالطبع فإن المعتقدات والأفكار الخاطئة التي تستجر الكدر على المريض وتتجلى في هذا النوع ليست وحيدة بل قد توجد أفكار أخرى ضارة مؤذية لا منطقية مختلفة لها أهميتها أيضاً، وهذه أيضاً يجب أن يشملها الكشف والتعرف عليها وبالتالي دحضها والتصدي لها، فهذه القضايا إذا لم يعرها المعالج انتباهه ولم يكتشفها فإنه يعيق الى حد كبير التقدم العلاجي، وقد تفضي الى أن يفقد المريض أمله فيقطع العلاج ويتوقف عنه

١٠ ـ تحديد هدف العلاج:

من أسس العلاج الانفعالي ـ العقلاني أنها تشجع المعالج على الانخراط انخراطاً فعالا ومباشراً مع المرضى من أجل وضع أهداف علاجية واقعية ومثل هذا الجانب من العلاج هو من الأهمية بمكان في التعامل مع المريض الذي يبدي درجة كبيرة من المقاومة ضد العلاج أو الأفكار، وفي غالب الأحيان عندما تصاب المداخلة العلاجية بالفشل، فإن الذي يحدث هو أن المعالج يسند فشل العلاج الى ضعف حوافز المريض ومواقفه غير الايجابية اللافعالة تجاه العلاج، في حين يُحمل المريض بالمقابل فشل العلاج نتيجة اليأس على عاتق المعالج (Miller 1985). إلاَّ أن الواقع هو في كون الاثنان يشتركان في هذا الفشل ويتحملان مسئولياته بالتساوي نتيجة عدم الاتفاق على أهداف علاجية قابلة للطبيق.

وعندما نجد ضعف التقدم العلاجي فهذا يعكس في واقع الأمر وجود قرار ضمني أو واضح أن أهداف العلاج هي غير ضرورية وناقصة وغير ملائمة أو يتعذر تحقيقها. وإذا كان الأمر على هذا المراد، فإن الاتفاق على الأهداف من شأنه أن يجعل التقرب العلاجي أكثر واقعية ونجاعة، وبذل الجهود الرامية الى اعادة توجيه المعالجة التي تم الأخذ بها.

إن المجال الهام في تحديد الهدف العلاجي يكون في مناقشة القضية المتعلقة بالسيطرة على نزوع الشرب وضبطه Miller, Marlot 1983. ولعل السؤال المطروح في هذا الخصوص هو: هل السيطرة على شرب الكحول هي الهدف أم الاقلاع عنه نهائياً؟ الجواب هو في الأبحاث التي تناولت هذه القضية تناولا موسعاً فخلصت الى ما مفاده أن الامتناع النهائي أو السيطرة على حد معين من الشرب إنما يتوقف الى حد كبير على سمات وخصائص الشخصية للمريض المتعالج وواقع الأمر أن عدداً كبيراً من الأفراد قد يرتدون ليتناولوا شرب الكحول بصورة معتدلة وبدون أن تظهر عليهم أعراض التسمم الكحولي. الاَّ أنه من ناحية أخرى هناك اتفاق تتسع دائرة أفراده من الباحثين على أن تحديد الهدف العلاجي على أساس ضبط الشرب والسيطرة على كمية الحجم المشروب من الكحول عند بعض الأفراد لا يلبي الهدف العلاجي الناجح. كما أن نفعه السريري محدود. وهذه المجموعة من الأفراد تتسم عادة بتعود شديد بدني فيزيولوجي على الكحول اضافة على عجزهم في السيطرة على المقدار الذي يحددونه من الكحول، وسنهم متقدم، وقصة ادمانهم مزمنة أما

الشباب الذين لم يظهر عليهم التعود البدني للكحول بدرجة كبيرة، وليس لديهم اختلاطات جسمية نجمت عن تناول الكحول، ولديهم استقرار اجتماعي ومهني مقبولان نسبياً، فقد يكون تناول الكحول بصورة معتدلة هدف العلاج. ولا شك أن تقويم هذا الموقف من حيث تحديد الهدف العلاجي بالامتناع النهائي عن تعاطي الكحول أو السماح بالشرب الخفيف المعتدل هذا التقويم يعود الى تقديرات المعالج ذاته التي تعتمد عادة على قصة المريض وسمات شخصيته والحالة البدنية العامة وغير ذلك من المتحولات الأخرى التي ذكرناها.

ويحسن أن نضيف أنه ضمن اطار العمل باستراتيجية العلاج الانفعالي ـ العقلاني يمكن أن تتم مناقشة الأهداف إذا كانت المعلومات التي تم جمعها خلال سير العلاج تدعم عملية تبديل السلوك الادماني. فسواء أكان الهدف في العلاج هو ضبط الذات خلال الشرب أو الامتناع عنه كلياً، فإن تقنيات العلاج الانفعالي ـ العقلاني وفلسفتها تكون واحدة في كلتا الحالتين. والشيء الهام دوماً هو أن ينخرط المريض المتعالج ويكون له دوره في تحديد أهداف العلاج. وأن تحليل الفائدة أو الخسارة عند المتعالج من الحالتين السابقتين يمكن اجراؤه والمثال التالي يوضح القصد:

فرد مدمن يعاني من آفة كبدية نتيجة تهالكه على شرب الخمر يومياً، وقصة ادمانه مزمنة، وترتب عن هذه العادة السيئة حدوث مشكلات ومتاعب في أجواء أسرته وعمله. فهذه الحالة تستوجب امتناع المدمن المتعالج امتناعاً كلياً عن تعاطي الخمرة وذلك كهدف علاجي أساسي، ولعل أفضل الطرق وأنجعها والتي أعطت نتائج

مشجعة (تجارب الدكتور محمد حجار العلاجية ١٩٨٨) في مثل هذه الحالة أن تثقف المدمن المتعالج وتضع بين يديه القراءات العلمية التي تبرز أخطار الخمر على الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية والأسرية، فمثل هذه القراءات تعزز الى حد كبير وتدعم العلاج فتحفز المتعالج على رفع وتيرته التعاونية للتخلص من نزوعه الادماني أو السيطرة عليه شريطة أن يكون جاداً في العلاج. ولعل الشخصيات الحساسة الوسواسية هي أكثر ما تستفيد من هذه القراءات المنفرة المكرهة للخمر ومن ثم يتبعها تحليل الربح - الخسارة الناجم عن تعاطي الخمرة اعتدالا أو الامتناع عنها نهائياً، ومن خلال هذا التحليل الذي يشترك فيه المتعالج والذي يتناول مخاطر الخمرة ومساوئها بالنسبة للمتعالج، ومن ثم الوصول مع هذا الأخير الى اتفاق حول أهداف العلاج ولو لفترة تجريبية على الأقل، فان الهدف الأخير والنهائي يمكن تحديده بعد تلك الفترة التجريبية للهدف البدائي الأولي، وهذه الأهداف إما أن تكون الامتناع أو الشرب المعتدل الخاضع للسيطرة والضبط.

ويترجم الهدف المتخذ (أي هنا الشرب المعتدل) بالانقاص في حجم الكحول المشروب، وفي الزمن الذي يقضيه المدمن في تناول الخمر، وفي عدد المرات التي يتناول فيها الكحول أسبوعياً وبالطبع فإن الاتفاق على هذا البرنامج العلاجي يستوجب امانة من جانب المتعالج وصدقاً في رصد سلوكه في الشرب الجديد المتفق عليه لفترة من الزمن قبل أن يقرر أن هذا السلوك الجديد قد تعزز وتثبت. وواضح أن هذا النهج قد لا يكون عملياً بالنسبة للمدمنين المحترفين

في الشـرب والذين كـانوا يتعـاطـون الخمـر بكميـات كبيـرة. ولعـل الأسلوب الأفضل والأكثر واقعية هو في أن يفطم المدمن عن الكحـول وذلك لتدريبه على ضبط الذات، ومن ثم يسمح له بالشـرب المعتدل تدريجياً الى الحد المسموح به وأيضاً نعود ونكرر أن السماح بالشرب المعتدل دوماً محفوف بالخطر بالنسبة للأشخاص الذين اتسم سلوكهم الحياتي بضعف السيطرة على الذات، والأفضل هو الكف النهائي عن المشروب في جميع الأحوال (محمد حجار ١٩٨٨).

هناك ما يجعلنا نطرح السؤال التالي: «لماذا يبـدو تحديـد الهدف العـلاجي هـامـاً جـداً في عـلاج مـرضى الادمـان عـلى الكحـول أو المخـدرات؟» إن الخبـرات السـريـريـة دلت عـلى أن المـدمنـين قبـل التماسهم العلاج قاموا بمحاولات شخصية كللت بالفشل للكف عن تعـاطي الكحول أو المـادة المخدرة. فقـراراتهم بالامتنـاع أو الكف لم تكن مصحـوبة بعـزم أكيد، وتصميم غـير قـابـل للتـراجـع لتبـديـل سلوكهم الادمـاني. وهنـا يكـون الهـدف المتفق عليـه بـين المعـالـج والمتعـالج لا يعـدو كونـه اتفاقـاً ماديـاً ملزماً للسـير في طـريق القـرار القـاضي بتبديـل السلوك مع التدريبات والتمـارين التي تدعم هـذا التبديل. واضافة الى ذلك فإن وضع الهدف من جهة علاجية له طابع يختلف عن القـرار الفـردي من حيث المـوقف من تبـديـل السلوك والالتزام به. وتدل أيضاً الـدراسات السـريريـة الى أن الأفراد (عنـد تحـديـد الهـدف معهم والاتفـاق عليـه)، يفتقـون قـدراتهم الكـامنـة ويـطلقونها نحـو تحقيق الهدف بينما لا تكون لـديهم مثل هـذه العزائم والقدرات لو فرضوا على أنفسهم لوحدهم (Bandura 1982).

تتزايد الفعالية الذاتية وتتعاظم من خلال النجاح في تحقيق الأهداف المرسومة العلاجية المتفق عليها، والأهداف أكثر تحقيقاً وانجازاً عندما ينخرط المتعالج في رسمها والاشتراك في وضعها. وتدل الأبحاث التي تناولت مسألة التبديل العلاجي الخاص بضبط سلوكيات الطعام وفرط الأكل، إن المشاركة بوضع الهدف بين المعالج والمتعالج من شأنها تحسين هذا السلوك وتنظيمه أو تبديله (Oxford 1985).

وهذا الأمر يبدو هاماً نظراً لأن المسئولية بالتدبر الذاتي وزيادة الفعالية الذاتية Self-efficacy هما موضوعان هامان في العلاج الانفعالي ـ العقلاني. فوضع الهدف من قبل المعالج والمتعالج يمكن استخدامه لتعزيز تفكير المتعالج إن التنظيم الذاتي الفعال Effective Self-regulation، ومسئولية التوجيه الذاتي هما أمران قابلان للتحقيق والتطبيق. وقد يبدو هذا الأمر أكثر أهمية عند بعض المرضى من الآخرين، فالمرضى الذين يشكون من اكتئاب شديد، ويأس، وتقريع للذات هم بحاجة الى جهود موجهة حية نشطة لمساعدتهم على تعزيز الاعتقاد عندهم إن في مقدورهم تحمل المسئوليات وقبولها بغرض تحقيق فعالية المعالجة أولا، وثانياً على المدى البعيد، لكي يتدبروا بأنفسهم مسألة ادمانهم اضافة الى التعقيدات السلوكية والعاطفية التي تتأتى من الادمان. وننبه بخصوص مسألة تحديد الهدف العلاجي الاّ يلجأ المعالج الى اكراه المتعالج لقبول الهدف الذي يقترحه الأول، وفي حال اختلاف وتباين الآراء بين الاثنين حيال الأهداف العلاجية على المعالج اختيار أحد الطرق التالية:

أ ـ التعامل مع المريض من أجل تخفيض مستوى الكحول أو الحجم الذي يتناوله
ب ـ رفض علاجه.
جـ ـ السعي لتبديل هدف المريض من العلاج.

ويفضل اختيار الطريق الأول لا لأنه هو المرغوب، بل لأنه أفضل الطرق ذلك لأن الحلين الأخيرين لا يبدوان مفيدين. فالهدف الثاني لا يفرز فقط عند المريض التفكير الثنائي المتضاد ولكن أيضاً يكون الرفض خالقاً للعدوان والحقد في نفسية المريض ضد المعالجين النفسيين لأنهم رفضوا معالجته

أما الخيار الثالث فباعتقادنا أنه لا يكون مرغوباً ذلك لأنه يؤدي الى فقدان التوافق بين المريض والمعالج حيث يظل الاثنان ضمن الاطار المتضارب في الأهداف فلا يؤدي ذلك الى تعاون علاجي. فالخيار الأول هو الأنجع لأنه يقبل المريض ويسعى الى تبديل تفكير المريض حيال الكحول وتوقعاته حيال الكحول.

وليعلم المعالج أن الأهداف العلاجية المرسومة للمريض ليست جامدة مصوغة بقوالب غير قابلة للتعديل أو منحوتة على حجر، فالمريض قد يتبنى في نهاية الأمر هدف الاقلاع نهائياً عن الكحول أو عن تعاطي المخدر عندما يدرك أن الشرب المعتدل (وهو الهدف الأول المتفق عليه) بدا له أمراً مخادعاً غير عملي.

ويرى العلامة البرت أليس أن أفضل ما يلجأ اليه هو أن يتفق الاثنان على تجربة عندما يختلفان في هدف العلاج. وهنا يسعى

المتعالج ليكون ناشطاً في جمع المعلومات والوقائع لاثبات أن هدفه ووجهة نظره هي الواقعية أو بالعكس. إذ أن التجارب والخبرات السريرية أكدت أن المدمنين يجدون صعوبات كبيرة في تبديل سلوكهم الادماني نحو الكحول في الوقت الذي ما زالوا يتعاطون الكحول، لذا فإن أفضل علاج لهم هو الفطام نهائياً عن الكحول. وعلى أقل تقدير في بداية العلاج، وهذا التوقف النهائي لا يعني بالضرورة أن يوافق عليه جميع المرضى، فإذا ما قيض للمريض أن يتبنى هدف ضبط شربه، خلاف رأي المعالج ونصحه له، هنا يستحب أن يكون هدف المريض بمثابة تجربة إما تقود الى فوائد نوعية أو بالعكس تؤزم المشكلات المرتبطة عادة بالاستمرار في تناول الكحول. وقد يجد القارىء إن في قبول هذه التجربة معناه انصياع المعالج الى آراء المتعالج، فلا يوجد إذن معنى لمفهوم العلاج طالما أن المعالج لا دور له في توجيه المتعالج نحو الهدف الأفضل له.

الواقع أن هذا الأمر ليس على هذا النحو، فالمعالج يجب أن يوضح للمريض المتعالج أن ما اختاره المريض هو هدف غير واقعي (أما الاستمرار لا يؤذيه أو بالعكس)، ولكن لصالح العلاج وبهدف تقديم العون للمريض فإن المعالج يرغب في الاستمرار بالتعامل مع المريض وفق النحو الذي اقترحه شريطة أن يكون أميناً صادقاً في تقديم النتائج التي تترتب عن التجربة المقترحة. وهنا يجدر أن يأخذ المبادرة المعالج فيطلب من المريض أن يرصد نتائج تجربته القائمة على الشرب المعتدل، فيقتفي أثر هذه التجربة بما تظهره من حسنات وسيئات وذلك وفق سجل يفتح لهذا الغرض يتكفل المتعالج برصد

النتائج بنفسه، اضافة الى تنظيم عقد بين الاثنين حيال هذه التجربة. فإذا لم يلتزم المريض بما تعهد به في العقد المبرم فإن هذا الخطأ لابد من مواجهته بحزم في العلاج. وهنا على المعالج أن يقترح هدفاً مناسباً يتفق عليه بعدما فشل المريض بالالتزام بتعهده.

وننبه الى أن تبني موقف معمم من جانب المعالج يظنه هو الأسلوب الأنجع الواجب تطبيقه في كل الحالات (أي وضع أهداف مسبقة علاجية) على المدمنين المرضى وذلك في بدء العلاج مثل هذا التبني قد يترتب عنه عند بعض المرضى ايقاف علاجهم باكراً وانغماسهم في تسميم ذواتهم وتخريب عضويتهم لفترة غير محددة من الوقت. ومن واجب المعالج أنه عندما يصادف مرضى قدموا اليه من أجل علاجهم ولديهم معضلات شديدة ترتبت عن الادمان وتعاطي المشروب، فإن الهدف الأولي والرئيسي الواجب أن يحققه هو جعل المدمن يوقف سوء استخدامه للكحول أي ايقاف الكحول. ومن ثم يلتفت الى علاج الاختلاطات الصحية والطبية والسيكولوجية والاجتماعية التي نجمت عن هذا الادمان وليس العكس، أي معالجة الاختلاطات أولا

وفي كثير من الاستراتيجيات العلاجية (وهذا خطأ طبعاً) أن يتوجه المعالج الى شخصية المريض المدمن ويتعامل مع مشكلات تعامله ووسائل دفاعه المعتورة بهدف زيادة مهاراته ووسائل دفاعه ضد الموترات والتصدي لها. صحيح أنه يكسبه بذلك مهارات تعاملية تكيفية أفضل ويتضاءل القلق عنده بفضل هذه المهارات التعاملية

المكتسبة ولكنه يظل مستمراً في تناول الكحول تناولا باتولوجيا (مرضياً).

فالاستراتيجية الصحيحة العلاجية هي التوجه أولا الى الادمان بمهاجمته لايقافه. وقد يتساءل بعض المعالجين فيما إذا كانت الحكمة تقضي باستمرار التعامل مع المرضى الذين ما فتئوا يسيئون استخدام الكحول أو المخدر، ويتمادون في تعاطيه. هناك من يجيب على التساؤل، إن التعامل مع أمثال هؤلاء معناه أن المعالج يسهم في عملية انكار المتعالج لمشكلته.

الحقيقة أن الأمر ليس على هذا النحو بالضرورة فالمريض قد يستبصر فيرى شفاءه من خلال عملية تطورية. أي بتعبير آخر إنه من خلال الاستمرار في التعامل العلاجي مع هذا المريض الناكس المرتد الى شربه فإننا بذلك نكسبه وعياً أكبر واستبصاراً أقوى بالأسباب التي تجعله ناكساً نحو شربه أي بكلمة أخرى نجعله يعي أنموذج تحمله الضعيف جداً للاحباط الناجم عن الكف المؤقت للشرب، ويفهم فهماً أفضل قلق الانزعاج الناجم عن هذا التحمل الضعيف للاحباط الذي تولده الافكار الخاطئة التي يحملها تجاه المشروب. وعلى المعالج أن يرنو في علاجه دوماً الى تحقيق التقدم العلاجي والالحاح عليه، وليس على كمال وضع الأهداف العلاجية والوصول اليها.

الفصـــل الخامس

أسلوب تبديل التفكير الادماني

يفتــرض أسلوب العـلاج الانفعــالي ـ العقـلاني في عــلاجـه للمدمنين على المسكرات والمخدرات أن الأفكار الهـازمة للذات Self-defeating thoughts، ومـا تستجـره حكمـاً من مشـاعــر وعـواطف وسلوكيـات سلبية، هـذه الأفكار هي الهـادمة للذات وحيـاة المـدمن والمقوضة لأركان معيشته

ويمكن القـول أن التفكير ذاتـه وليس الشرب هـو الـذي يقـود متعـاطي الكحول أو المـادة المخدرة إمـا الى الاقلاع عن هـذا الـولـع الادمـاني أو الامعان فيـه والاسـراف في تعـاطيـه والغـرق في ويـلاتـه وشروره.

وإذا أمعنا النظر بـارشادات وشعـارات ومنشورات المؤسسـات العالمية لمكافحة المسكرات والمخدرات لوجدنا ارتباطاً مكيناً بين أنماط التبديل للأفكار الآلية التي تراود المـدمن وسلطان المعتقدات المهيمنـة على تفكير المدمن من جهة والشفاء من الادمان من جهة أخرى.

والشيء الباب القاطع في هذا الصدد ـ وهنا يكمن لب العـلاج وجـوهـره ـ ان مـا يكلم بـه المـدمن ذاتـه من مقـولات حـول مشكلتـه (الأحاديث الضمنية مع الذات)، والمشـاعر المنـافية التي يحس بهـا في محاولته للتعبير عن مشكلته الادمانية، والأهم من كـل ذلك مـا يقولـه

عن ذاته (تقويم الـذات)، حيال مشكلتـه هـذه الأمـور هي جـوهـر معتقـداته حيـال المسكـر أو المـادة المخـدرة وهـذا مـا يحـاول العـلاج الانفعالي ـ العقلاني مساعدة المدمن المريض على تبديلها وتغييرها.

في هذا الفصل سنـركز عـلى ما نسميـه «بالتفكـير الادماني» أي معتقـدات المـدمن ومـا يحـدث بـه ذاتـه عن مشـكلة ادمـانـه Self-statements أي بكلمة أخرى سنتكلم عن:

١ ـ مشكلتـه المـرتبـطة بـالكحـول أو الأدويـة الأخـرى ذات التـأثـير الادماني.

٢ ـ الاضطرابات الانفعالية التي تخلدها المشكلة وتبقيها ناشطة فـاعلة اضـافة الى الانفعـالات المعتورة المشـوهة التي تـظهـر من خـلال محاولته تبديل سلوكه الادماني.

٣ ـ المعتقدات التي يحملها والأحـاديث التي تدور بينـه وبين ذاتـه عن نفسه

وقبـل الانطلاق في تفسـير ما ذهبنـا اليـه يحسن أولا أن نعـاين بعض الأمور العامـة المرتبـطة بالتصـدي للتفكير الادمـاني ومناهضتـه بهـدف تبـديله، ومن ثم نعـرج نحـو شـرح التقنيـات النـوعيـة التي بواسطتها نستعين في تدريب المدمن على تبديـل معتقداتـه الادمانيـة، وأخيراً سنطرح على القارىء بعض الأفكار الخاصة بالمحتـوى النوعي للتفكير الادماني وأنماط مناهضة هذا المحتوى.

١ ـ قضايا عامة خاصة بالتصدي للتفكير الادماني:

ليعلم القارىء أن التفكير الادمـاني على غـرار الأنماط الأخـرى

من التفكير اللامنطقي غالباً ما نراه آلياً لا شعورياً معزز التعلم، ويمارسه المدمن ممارسة مستمرة. وبسبب هذه السمات للتفكير الادماني تبرز صعوبة تبديله وتصويبه ومقاومة تغييره من قبل المدمن، وثمة أمر آخر في هذا الخصوص هو أن الكحوليين وغيرهم من رهوط الادمان على المواد الأخرى غالباً لا يَعُونَ الارتباط الكائن بين تفكيرهم ومشاعرهم وسلوكياتهم، لهذا السبب ينصح في باكورة التعامل العلاجي مع المدمن اظهار هذا الترابط الغائب عن منظوره ووعيه.

وهذا الترابط يمكن اظهاره بالمحادثة ومن خلال اعطاء أمثلة حية والخبرة الذاتية التي يعيشها المدمن خلال سياق المعالجة. ونجد في بعض الأحيان أن بعض المرضى يميلون الى التعرف على الآلية النفسية الكائنة وراء تعاطيهم الكحول أو المادة المخدرة. وهذا ما يجب أن ينتهجه المعالج في مساعدة المدمن المريض على أن يأخذ مبادرة مسئوليته الذاتية في التعرف على الأفكار الهازمة للذات ومن ثم التصدي لها ومناهضتها بهدف تبديلها بأفكار ايجابية معززة للأنا ومقوية للفعالية الذاتية. وغالباً ما نجد أن المرضى يصيبهم التقدم إذا ما تم الفات نظرهم الى هذه العملية وتعليمهم اياها.

ولا مراء أن مناهضة الأفكار اللامنطقية المزلقة نحو تعاطي المشروب أو المادة المخدرة وذلك بمنهج منطقي وتجريبي عملي وفلسفي هذه المناهضة تعطي أكلها وثمارها في تصويب البنية المعرفية عند المدمن وتصحيحها.

وفي هذا الكتاب سنعمد الى تبسيط هذه العملية التصحيحية للفكر الخاطىء اللامنطقي وذلك من خلال تقديم أمثلة عن المعتقدات الخاطئة التي غالباً ما يحملها المدمن. وتكون جوهر بلائه بالادمان، والامعان في تعاطيه وتخليد سلوكه الادماني. وبالطبع فالأمثلة التي سنذكرها لا تعد المثل الذي يحتذى به فتؤخذ كما هي في ميدان التطبيق، وتطبق على كل حالة، فهي لا تتعدى كونها أسلوباً توضيحياً ينير الطريق أمام المعالج ليبتدع على منوالها وذلك وفقاً للحالات الفردية المختلفة، واستناداً الى تحليل المعتقدات الخاطئة التي يحملها الفرد المدمن، والتي عادة ما تختلف في المحتوى من شخص الى آخر. وعادة ما نجد أن المعالج يفضل الأنماط المختلفة والاعتماد على أسلوبه الخاص واللغة التي يراها مناسبة، اضافة الى فهمه ووعيه لفردية المريض الخاصة به. وبصرف النظر عن الصياغة الانيقة لتعابير المناهضة للفكر الخاطىء التي يعدها للمريض كيما يستخدمها في تمارينه اليومية، فإنه من الأهمية بمكان الالتفات الى قدرة المريض اللغوية وأنموذج تفكيره عند هذه الصياغة. وأن التعارض الشديد بين الأفكار المطروحة من قبل المعالج حيال صياغة التعابير المناهضة للمعتقد الخاطىء وبين المتعالج لا تؤدي نتيجة مرضية في هذا الجهد.

يتبنى العالم السيكولوجي الشهير البرت أليس أسلوباً مرناً ودائماً لدحض الأفكار الخاطئة مع الأخذ بالاعتبار التحفظات التي أتينا على ذكرها في صياغة الأسلوب. فالملاحظ وفقاً للخبرات السريرية أن بعض المرضى يظهرون استجابة جيدة ازاء أشكال المناهضة للمعتقد التي تأخذ صورة تعليمية وتوجيهية، وتدريسية في

حين نرى آخرين يبدون استجـابة آنيـة للتمارين البيتيـة المعطاة لهم، ويستفيدون منها، وآخرون وهم عادة يجدون الفائدة عند فهم خـداع وتضليلات تقويماتهم وتأويلاتهم. وثمة مـرضى يتقنون ممـارسة تبـديل الحـديث مع ذواتهم كـوسيلة مضادة لمعتقـداتهم الخـاطئـة المتصلبـة. ونافلة القول أنه من الأهمية بمكان أن يشرح للمرضى بطريقـة مباشـرة ومفهومة ارتباط أفكارهم بمشاعرهم وسلوكياتهم. وأن تبديـل السلوك هو منوط جوهرياً بفهم هذا الترابط اولا، وثانياً بتبديل التفكير الـذي يؤثر على السلوك والعاطفة معاً.

يلجأ المعالج الى اظهار للمرضى كيف في مقدورهم ايقاف هذا السلوك التخريبي وذلك من خلال تبديل التفكير الأخرق اللامنـطقي الذي يعزز فيهم السلوك الادماني واثارة الانفعالات السلبية الممضة تتم عملية مناهضة الأفكار اللامنطقية المؤذية مبـاشرة وبصـورة نوعيـة وذلك من خلال مراقبة عواطف المرضى في الجلستين الأولى والثانيـة وهنـا يسأل المعـالج المـريض عن مشاعـره في لحظة منـاهضـة أفكـاره الخاطئة ومن ثم يحاول الكشف عن تفكيره. ومثـل هذه الخبـرة الآنية تقـدم دليـلا للمتعـالـج عـلى هـذا التـرابط بـين التفكـير والانفعـال والسلوك.

ويجدر الذكر هنا أنه من المفيد جداً أن يسرد المعـالج للمـريض خبراته والحالات العلاجية التي عالجها وأمثلته التي توضح لهذا الأخير هذا الترابط وبصورة تعليمية وعندما يطرح المعالج مثل هذه الأمثلة والشواهد عليه أن يسأله دائماً فيما إذا شعر أو فكر بمثل هـذه الأمثلة،

وهذا من شأنه مساعدته على الاستبصار بتفكيره ومراقبة ما يطوف في ذهنه من أحاديث مع الذات وأفكار خاطئة لم يسبق أن وعاها سابقاً.

على المعالج أن يشجع المرضى على التحدث مع ذواتهم بأمور تتعلق بشرب الخمر أو تعاطي المادة المخدرة، ومن المفيد أيضاً في أغلب الأحيان تزويد المتعالج ببعض المعايير للحكم فيما إذا كان تفكيره حساساً أو غير حساس، أي بتعبير آخر منطقي أو غير منطقي.

ويمكننا هنا الأخذ بقواعد العلامة مولتسبي Moultsby الخاصة بالتفكير المنطقي (مولتسبي ١٩٧٩) حيث سنحاول تعديلها نسبياً، وهذه القواعد هي التالية بخصوص التفكير المنطقي:

أ ـ يقوم على حقائق.

ب ـ يساعد الناس على حماية أنفسهم من أدى محتمل الوقوع.

جـ ـ يساعدهم على تحقيق أهدافهم القصيرة والطويلة المدى.

د ـ يساعد على حمايتهم من اثارة الخصومات والصراعات مع الآخرين.

هـ ـ يسبغ عليهم الاحساس بالمشاعر الايجابية التي يرغبونها.

ونجد في بعض الأحيان أن نفراً من المرضى المدمنين يجدون بعض الصعوبات في الأخذ بالقواعد الآنفة الذكر وهنا يجدر بالمعالج أن يطبق هذه القواعد على تفكير المرضى من هذا القبيل. والمهم بالنسبة للمرضى أن يكتشفوا قدرتهم في التعرف على تفكيرهم الآلي، ومن ثم اختباره فيما إذا كان حساساً ومساعداً معيناً. وأخيراً العمل

على تبديل هذه التفكير الآلي الأوتوماتيكي اللاشعوري بتفكير أكثر نفعاً وايجابية. وبالطبع إن هذه العناصر الأساسية في تحليل التفكير والتعرف عليه يجب أن تكون موضوع تمارين وتدريبات متكررة ينفذها المتعالج بارشاد المعالج ليصل الى القناعة بضرورة تغيير تفكيره الآلي واستبداله بآخر أكثر نجاعة واغناء ونفعاً كيما يبدل أيضاً مشاعره التي يتحكم تفكيره بنوعها.

ويحسن بنا الآن بعد هذه النظرة المفصلة الخاصة بتحليل البنية المعرفية (التفكير)، والقواعد الناظمة في اعادة تركيبها وتبديلها، أن نعاين الأمور العامة (الاعتبارات) الخاصة بعملية مناهضة الأفكار المؤذية المغرية لتعاطي الخمرة أو المادة المخدرة والممكن أن يعتمدها المعالج في باكورة التفاعل العلاجي.

١ ـ بما أن مناهضة الأفكار المنافية هي جوهر العلاج الانفعالي ـ العقلاني لذا فإن من الأهمية بمكان الاسراع في التعامل مع هذه الأفكار وذلك بالتعرف عليها وتحديد هويتها ونوعيتها وبالتالي تبديلها بأحاديث مع الذات ايجابية تبدل هذا التفكير الكحولي الادماني. إن هذا ما يساعد في خلق التوقع باستمرار هذه العملية والانخراط بعمق في العملية العلاجية من جانب المتعالج وبالتالي يكون أكثر استفادة من هذا العلاج.

٢ ـ يباشر بالمناهضة لتلك الأفكار المنافية في الجلسات الأولى العلاجية وذلك عن طريق الاظهار للمريض المتعالج الارتباط التفاعلي الكائن بين الأفكار والانفعالات والسلوك أو الفعل، وما أن يتم التعرف على الأفكار الخرقاء الخاطئة التي تثير النزوع نحو الشرب

أو تعاطي المادة المخدرة حتى تبدأ معـركة هـذه المناهضـة وتتعرى أذيات تلك الأفكار

٣ ـ هناك العديـد من التقربـات والاستراتيجيـات الممكن الأخذ بهـا لمنـاهضـة الأفكـار المؤذيـة والتي تتضمن الحـوار والتقـربـات التي تستشعر المتعالج بها. والملاحظ في الممارسة السريـرية أن معـظم المعالجين أصحاب الخبرات في هذا الميدان يوجدون نمـطاً خاصـاً من التفاعل مع المرضى بهدف تعظيم وتصعيد عملياتهم الكفاحية النضالية ضد أفكارهم الادمانية وبالطبع ننبه هنا الى أهمية كون الاستـراتيجية المعتمـدة مـرنـة متـوافقـة مـع مشكـلات المـريض ومشاعره وقدرته اللفظية

٤ ـ كيما تكون عملية المناهضة مقنعة بالنسبة للمتعـالج يتعـين اشراك المريض بهذه العمليـة بأسـرع ما يمكن. ويكـون هذا الانخـراط خلال الجلسات حيث يتم سبر الأفكار الآلية اللاشعورية النـوعية وعلاقاتهـا بالانفعـال والسلوك الراهنـين. وعملية الكشف هـذه يمكن أن تتم من خـلال التخيـل، أي الـطلب من المتعـالـج أن يتخيل آخر موقف أو عارضة شرب للكحول وبواعثها وكيف كان يحـدث نفسه في المـوقف الباعث للتـوتر قبـل اقبالـه عـلى شـرب الكحول أو ما يتوقعه من شرب نتيجة مشكلة.

ويمكن القول أنه نتيجـة للعادات الفكـرية المتـرسخة النـزاعة نحو تعاطي الكحول وما يترتب عنها من مشاعر وسلوك متصلبين وبـالتالي مقـاومة كـل تبديـل لهذا الأنمـوذج من التفكير والشعـور والسلوك من قبل المريض المتعالج، فـإن هذا الأخـير قد يستفيـد

س المناهضة المقنعة الحية (Dryden 1984, Ellis 1985) .

٥ ـ في بعض الأوقات يواجه المعالج أن محاولاته الرامية الى ابراز أفكار المريض (من خلال المحادثة والحوار) المضعفة لذاته ولارادته لا يصيبها النجاح. وهنا يفضل أن يسأله فيما إذا كان مصيباً في تعامله معه من أجل مصلحته وفائدته ونفعه، وأمثال هذا المريض يكونون عادة من الطبع العنيد الصلب، المعارض والمتسم بالعدوان السلبي الموجه لكل سلطة. وأن الامعان في اقناعه بعقلانية عمل المعالج يزيده مقاومة وعناداً. ولعل في مثل هذه الحالة أن يعود المعالج الى الوراء قليلا حيث الأسس فيستعرض أهداف المريض عند التماسه العلاج، ويراجع معه العقابيل السلبية التي نجمت عن تعاطيه الخمر في الماضي، وما سيواجهه مستقبلا من هذه العقابيل، وأيضاً محاسن ضبط ذاته وتناول كميات أقل من الكحول أو الاقلاع عنه نهائياً وأخيراً أن يعرض عليه مناهضات لأفكاره اللاعقلانية بسيطة وعملية بطريقة غير مباشرة. ومرة أخرى على المعالج أن يتحلى بالصبر ولو كان يتكلم مع المريض بما هو في مصلحته وعليه أن يكون مقنعاً في العرض والشرح والتحليل بحيث يهيء الجو للمريض أن يتبنى في نهاية الأمر مسئولية مناهضة أفكاره المدمرة لذاته بنفسه

٦ ـ هناك بعض مرضى الكحولية أو المخدرات يتوقعون من العلاج الكشف عن متاعبهم بحيث يستطيعون فيما بعد الاستمرار في تناول الكحول تناولا عادياً سوياً، فإذا كان المعالج يتعامل مع مريض يعالج خارج المستشفى (مثلا في مركز رعاية الصحة

الأولية) ويشرح له أهداف العلاج واجراءاته فإن مثل هذا التوقع يجب اعادة تصحيحه.

٢ ـ استراتيجيات مناهضة الأفكار الخاطئة اللاعقلانية:

في رأي ديجيوسيبي (Digiuseppe 1986) أن عملية تبديل معتقد المتعالج المدمن هي معقدة لأنها تتطلب تحقيق الأهداف الثلاثة، الهدف الأول هو خلق تكريه فكري كبير عند المتعالج وذلك من خلال حشد براهين تثبت هذا التكرية (براهين فلسفية ومنطقية وتجريبية عملية) لمعتقداته الخاطئة، والهدف الثاني هو أن يبرهن المعالج أن أفكار المتعالج الخاطئة لا تحل مشكلته، بل هي أفكار مضلة. والهدف الثالث اعادة تركيب البنية المعرفية عند المتعالج من خلال خلق معتقد صائب والبرهنة أن هذا المعتقد الجديد القويم هو الذي يقدم له النفع العلاجي وفيه من البراهين الايجابية ما تدحض المعتقد الخاطىء الذي كان يحمله.

وفي وسعنا الآن أن نطرح تسع استراتيجيات لتكون في عداد ترسانة المعالج حيث بواسطتها يمكنه تحقيق الأهداف الثلاثة الآنفة الذكر:

١ ـ يناهض المعالج الأفكار اللاعقلانية الخاطئة لاظهار ضلالها المنطقي.

٢ ـ يحاول المعالج الافتراض أن المعتقد الزائف هو حقيقة ومس ثم يفتش عن الاستدلالات والشواهد التي تؤكد صحة هذا المعتقد، وتختبره تجريبياً

٣ ـ يساعد المعالج المتعالج على أن يختبر قدرة المعتقد الخاطىء الزائف على تفسير حوادث الحياة الهامة، أي بتعبير آخر هل المعتقد الخاطىء يتضمن ارتباطاً دقيقاً بالحوادث؟

٤ ـ يساعد المعالج المتعالج على معرفة فيما إذا كان التمسك بالمعتقد الخاطىء يساعده أم يلحق به الضرر.

٥ ـ تكرر الخطوات من واحدة الى أربع مراراً تكراراً لمساعدة المتعالج على بلوغ الاعتقاد أن تفكيره الخاطىء هو فعلا خاطىء زائف ومدمر للذات.

٦ ـ يساعد المعالج المتعالج على بناء معتقد منطقي جديد كبديل عن المعتقد الخاطىء.

٧ ـ يفتش المعالج عن معتقدات جديدة صائبة بهدف دحض وهم المعتقد الخاطىء.

٨ ـ يسعى المعالج الى استخلاص الاستدلالات من المعتقدات المنطقية الصائبة ومن ثم يختبر هذه الاستدلالات لاظهار فيما إذا كان المعتقد الصائب يقود الى تكهنات أكثر دقة حيال الحوادث الخارجية من المعتقد الخاطى.

٩ ـ يقدم المعالج العون الى المتعالج كيما يتنبأ كيف أن التحول الى معتقد جديد صائب منطقي يؤثر على سلوكه، ومن ثم يعاين فيما إذا كات تبديل السلوك هو الأكثر نفعاً وفائدة من السلوك الناجم عن المعتقد الخاطى.

من ناحية أخرى يطالعنا فريمان (Freeman 1987) بالتقنيات التالية التي يمكن اعتمادها والأخذ بها لمناهضة أفكار المدمن الخاطئة:

أ ـ المساءلة عن البيّنة والبرهان: يعاين المعالج البرهان المنطقي أو التجريبي فيما إذا كانت أحاديث المتعالج مع ذاته هي حقيقة أم خلاف ذلك.

ب ـ المعتقدات المدمرة للأنا: يساعد المعالج المريض على ادراك نتائج توقعاته المبالغ فيها والمضخمة

جـ ـ الموازنة بين المحاسن والمساوىء: يطلب المعالج من المتعالج اعداد لائحة بمحاسن ومساوىء معتقده النوعي الخاطىء الذي يتعامل معه ويؤمن به.

د ـ تحويل السيء الى ميزة: يحاول المعالج البحث عن الأمور الجيدة المستحسنة التي تخرج من الحادثة السيئة وتفرز منها.

هـ ـ إظهار التشويه وتسميته: يعلم المعالج المتعالج تسمية وتأطير نوعية العمليات الفكرية اللاعقلانية المشوهة ويساعده على ادراكها ووعيها.

و ـ المعنى الفطري: عند المرضى معان خاصة للكلمات وأن لفت نظر المعالج الى أن المعنى هو شيء عُرفي، الأمر الذي يساعد المتعالج على عدم القناعة والايمان بأفكاره الخاطئة.

ز ـ إعادة النظر بتفسير الأشياء على حقيقتها: يجهد المعالج على مساعدة المريض المتعالج بتحسين فهمه ونظرته وتأويله للحوادث، وهذا ما يمكّن الأخير من التوقف عن أفكاره التي تذم ذاته وتقرعها.

ح ـ معاينة الخيارات والبدائل: في مقدور المرضى المدمنين الاقلاع عن التفكير الضيق والمتصلب إذا ما نجحوا في اقناع ذواتهم

بوجود طرق مختلفة من التفكير والسلوك ازاء المواقف التي تواجههم.

ط ـ النتائج الوهمية: غالباً ما يعتقد المدمنون على الكحول أو المخدرات أنهم سيتعرضون الى شيء مخيف إذا ما احجموا عن تعاطي الكحول أو المخدر، على المعالج أن يطلب اليهم تخيل ـ بدقة ـ ما قد يحدث لهم، الأمر الذي يساعدهم على ادراك خطأ هذا الوهم، وأيضاً يستطيع أن يوغل في جعل هذا التخيل الكارثي المخيف أمراً ليس فقط غير محتمل الوقوع بل أيضاً ازالة تحسسه منه تخيلياً.

ي ـ التناقض والمبالغة: هنا يطلب من المتعالج أن يتمادى في فكرته ويبالغ في تخيل وتصور نتائجها حتى نهايتها في التضخيم، وهنا يدرك المتعالج سخف فكرته عند مناقشة هذه المبالغة والتضخيم.

ك ـ التخيل البديل: يشجع المتعالج على ممارسة استخدام معتقدات منطقية جديدة في مواجهة محرضات موترة مزعجة.

ل ـ لعب الدور بالكلام: يلعب المرضى أدوار ذواتهم غير المنطقية ويناقشونها لصالح أفكارهم العجماء اللامنطقية مع المعالج ومثل هذا الدور غالباً ما يجعلهم استبصار عدم وجود دعم لهذا المنطق.

م ـ التكرارات المعرفية: يطلب من المرضى استخدام الأحاديث مع الذات والتعابير الايجابية المنطقية.

٣ ـ التفكير الكحولي والادماني:

الكحوليون والمدمنون على المخدرات يعانون من سوء تأويل وتفكير لا منطقي للحوادث الخارجية البيئية، ولعلاقاتهم الاجتماعية وحتى لتفاعلاتهم مع ذواتهم. فهذه التشويهات والاعتوارات والأخطاء الفكرية المعتقدية تتضمن استدلالات واستنتاجات خاطئة تعسفية تكون متضاربة مع الواقع والبرهان والبيّنة، وتتسم بطابع التعميم على الأشياء والحوادث، وبالمغالاة والتضخيم للمعنى أو لأهمية الأشياء النوعية الخاصة، اضافة الى تفكير ثنائي Dichotomous فيرى الكحولي المحيط والعالم من حوله من منظور إطار متطرف. وأكثر من ذلك، فالكحوليون يقوّمون تقويماً خاطئاً وغير منطقي للحوادث الخارجية، ويبالغون في استنتاجاتهم السلبية أو أنهم يعمدون الى تعميم المعنى الخاص بذواتهم كأشخاص.

إن العلاج الانفعالي ـ العقلاني يعلم الكحولي أو المدمن ويدربه (عندما يكون مضطرباً متوتراً) أن ينفذ الى عمق تفكيره اللامنطقي اللاعقلاني كيما يكتشف ما نسميه بالمطالبة المفرطة المبالغ فيها التي تلف مثل هذا التفكير وتكون ملازمة له. فالكحولي أو المدمن يفرض على ذاته تعابير فيها طابع الجبر والالزام مثلا: يجب should لابد must في تفسيراته لتفاعلاته مع العالم الذي يحيط به ومع ذاته أيضاً. وعلى غرار الأفراد الآخرين يفسر تفسيراً خاطئاً أداءه وانجازاته من حيث التثمين والقيمة لهذه الاداءات والانجازات. بل ويفكر تفكيراً سلبياً كارثياً مع وتيرة عالية من المبالغة حيال يأسه وقنوطه ومشاعره السلبية الحاضرة والمستقبلية أيضاً. وأن الذي يجعل

الكحولي أو المدمن على المخدر يفكر بصورة ما تفكيراً مختلفاً عن الآخرين هو سيطرة المعتقدات الخاطئة حيال ولعه الادماني، وحيال أيضاً مشاعره الانزعاجية، والسيطرة الذاتية والقيمة حيال ذاته. ثم أن التفكير الكحولي ينظر اليه من زاوية عدة مواضيع متفاعلة متداخلة، فعدد كبير من الكحوليين يخبرون مشاعر الضيق والكرب بفعل معتقداتهم المُدنّية للذات، الهازمة لها أمام اغراءات الخمرة أو المادة المخدرة.

ثم بعد مضي بعض الوقت على العلاج نجد أن المرضى يعيشون خبرات لا تكيفية اضافة الى النظر نظرة خاطئة غير صحيحة الى مشاعر الانزعاج التي تلم بهم وتنتابهم فيبذلون جهودهم لتغييرها أو تبديلها. وأخيراً ما أن يفلح هؤلاء المرضى بايقاف المشروب والشرب ويتغلبون على تفكيرهم الخاطىء حينئذ نراهم وقد بدأوا يركزون على مشاعرهم المشوهة لآليات تعاملهم Coping مع الحياة اليومية، ويحسون بمشاعر الضعف والصغارة والدونية لأن تعاملهم ضعيف ناقص غير فعال. وبالطبع فإن هذه السلبية وتلك الصعوبات تصدر بالدرجة الأولى عن تفكيرهم اللاعقلاني الخاطىء حيال قيمة الانسان، وعن ما يفرضون على ذواتهم من مطالب بصيغ جبرية بما يجب أن تكون عليه حياتهم كأفراد وبشر، ومن خلال تدني الشعور بقيمة ذواتهم Self-worth، وسيطرة قلق الذات يترتب عنها الانتكاس.

ولفهم أوضح لما أتينا على ذكره سنتناول بالتفصيل في هذا الفصل التصانيف الرئيسية الثلاثة للتفكير الكحولي مع سرد أمثلة،

ومن ثم طرح بعض المناقشات والأحاديث مع الذات المناهضة للمعتقدات الخاطئة، وسنعرض أيضاً بعض سمات وخصائص التفكير الكحولي فيما بعد.

المعتقدات الخاطئة التي يؤمن بها ازاء الكحول:

ما أن يتنامى ويتزايد حجم شرب الكحول عند المدمن حتى يتزايد أيضاً المعتقد الخاطىء وضلال التفكير حيال الكحول. وهذه الضلالات الفكرية والمعتقدات المؤذية الخاطئة تأخذ شكل الأفكار الآنية الآلية وذلك رداً واستجابة على المحرضات، والمنبهات الانفعالية، أو المواقف الخارجية البيئية التي تثير النزوع نحو شرب الكحول وتخلق الآلية التي سبق وشرحناها في الشكل رقم (١) السابق، اضافة الى وجود بعض الافتراضات التحتية العاملة في اللاشعور حول محاسن الكحول التي يجنيها من وراء احتسائه وما يكلفه تبديل السلوك والعادات من جهود مضنية يتعين عليه أن يكابرها. وأن اللوحة رقم (٦) تعطينا أمثلة عن هذه المعتقدات المضللة الخاطئة ويقابلها الأفكار المناهضة لها.

سمات التفكير الكحولي اللوحة رقم (٥)

١ ـ الوصف النوعي لهذه السمات:

- آلية لاشعورية لا يعيها المريض المدمن.
- محتوى متصلب غير مرن.
- متعزز، مترسخ التعلم.
- ثنائي الطابع Dichotomous.

ـ له صفة التعميم واللامنطقية

ـ غير تجريبي وفيه طابع المطلق.

٢ ـ محتوى هذا التفكير والمواضيع التي تطوف فيه:

ـ الانكار: لا يكون الكحول أو المخدر مشكلة في نظر الكحولي أو المدمن.

ـ الكحول أو المادة المخدرة هما الأسلوب الأمثل والأفضل لحل المتاعب والمشكلات النفسية الانفعالية.

ـ تحمل ضعيف للاحباط، وحاجات محددة ذاتية لمستويات عالية من الاثارة والمسرة.

ـ قلق الانزعاج، يتعين تجنب جميع المشاعر السلبية بأي ثمن كان.

ـ تبديل السلوك الادماني هو صعب جداً لذلك يدرك المدمن أنه يائس بائس عديم القيمة الذاتية

ـ يشوب تفكير المدمن مشاعر ذم الذات، والاثم والخجل لأنه مدمن.

يبدو انكار وجود مشكلة عند المريض المدمن الجزء الرئيسي من هذه المعتقدات والأفكار الخاطئة التي ذكرناها. ويتضمن هذا الانكار الاعتقاد بانتفاء وجود مشكلة عند المريض، وشكل ما من المعتقد الملتوي الذي يضعف الوعي عنده بأهمية المشكلات أو ذم الآخرين أو بوجود سوء حظ يجانبه مع ظروف سيئة تحيط به ثم إن الأفكار التي تنجذب نحو تعاطي الكحول أو المادة المخدرة عادة ما ترتبط بمسألة انخفاض تحمل المريض للاحباط.

وكثيراً ما نجد أن الكثيرين من الكحوليين يستمرون في تعاطي

الشـرب، رغم ادراكهم ومعرفتهم الحقـة أن الكحول يؤذي صحتهم البدنية والنفسية وينكب حياتهم الاجتماعية، ويعطل رزقهم. والذي عادة يمنعهم من الارتداع والاقلاع عن سلوكهم الادماني هو معاناتهم لمشكلة قلق الانـزعـاج ومنغصـات التـوقف عن تعـاطي المسكـر أو المخدر.

ونجـد عـدداً من الافتـراضـات التحتيـة أو الخـرافـات حـول الكحـول وهذه الخـرافـات هي معتقـدات حـول مـا يفعله الخمـر في شاربه. فكثـير من الناس وبخـاصة أولئـك الذين تعـوزهـم المهارات التعـاملية الاجتمـاعية مـع الغـير، أو يخجلون، يميلون الى الخمـرة أو المخـدر لأنهم يعتقدون أنها مـزيلة لخجلهم الاجتمـاعي أو تجعلهم في عـلاقاتهم الاجتمـاعيـة أكثر نجـاحـاً وتكيفـاً. ولعـل مـرد هـذا الى اعتقادهـم الخاطىء طبعاً، انهم لا يستطيعون تحمل معـاناة الانـزعاج الـذي يتأتى في محـاولاتهم للتغلب على خجلهم أو قلق الـرفض بدون عـون المخـدر أو المسكـر وناحيـة أخـرى وهي تتعلق بـالتعلم الاجتمـاعي، ان الذين يتعـاطون الكحـول يعتقدون أن كـل فـرد في بعض الجماعات أو الرهوط الاجتماعية الاقتصادية يشرب بكثرة لـذا فـإذا كـان يـرغب أن يكـون من أعضـاء هـذا الـرهط فعليـه اذن أن يحاكيهم في شرب الكحول.

وأكثر من ذلك هنـاك معتقد شـائع بـين المـدمنين إن المـدمن يصنف في عـداد الرجـولة المكتملة، وثمـة خرافـة معتقد آخـر بصدد الكحولية أن المدمن يزيد من قدرتـه وسيطرتـه الجنسية خـلال الجماع الجنسي. وخرافة أخرى أن الكحول هو حاجـة ضروريـة للاستـرخاء

وازالة التوتر النفسي.

اللوحة رقم (٦)
المعتقدات الخاطئة الشائعة حيال الكحول والمخدرات وتقابلها البدائل المنطقية الصائبة

المعتقد الخاطىء	المعتقد العقلاني الصائب المناهض للأول
١ ـ شرب الخمر أو تعاطي المخدر ليس مشكلة اطلاقاً بالنسبة الي حتى لو فقدت السيطرة على ذاتي مرة لفترة بسيطة، هناك أشخاص آخرون الذين لديهم مشكلة بالطريقة التي أشرب فيها.	١ ـ إن فقدان السيطرة هو أول علامة لبدء المشكلة، وإذا كان شربي يُعد مشكلة هامة بالنسبة للآخرين فعاجلا أو آجلا سأكون أنا ضحية المشكلة
٢ ـ أحتاج الى شرب الخمرة كيما أسترخي.	٢ ـ هناك وسائل أفضل وأكثر صحة للحصول على الاسترخاء.
٣ ـ أنا لا أتحمل ما لا أستطيع أن أحصل عليه، إذ أن هذا الأمر قاس شديد الثقل على نفسي.	٣ ـ قد لا ترغبه ولكن تحملت حرمانه في الماضي ويمكنك الآن أيضاً تحمل هذا الحرمان.
٤ ـ الوقت الوحيد الذي أشعر فيه مرتاحاً هو عند ما أكون منتشياً بالخمرة.	٤ ـ قد يكون قاسياً ان أتعلم الارتياح والغبطة اجتماعياً بدون تعاطي المخدر أو الخمر، الاَّ أن معظم الناس يكونون مرتاحين منطقيين بدون تعاطي المخدر أو الخمر

المعتقد الخاطىء	المعتقد العقلاني الصائب المناهض للأول
٥ ـ من الصعب جداً ايقاف الخمر والامتناع عن شربه، أتحمل فقدان الأصدقاء والملل والضجر، ولكن لا أشعر اطلاقاً بالارتياح بدون الخمرة أو المخدر.	٥ ـ بينما أخسر بعض الشيء - بفعل اقلاعي عن الخمر أو المخدر، ويأخذ ذلك من وقتي وجهدي ولكن إذا لم أقلع عنه فإن نتائجة وأخطاره ستكون أسوأ بكثير مما أفقده.
٦ ـ الناس الذين لا يشربون الخمر أو لا يستطيعون شربه يخربهم الاحباط ويقضي على سعادتهم.	٦ ـ أين البرهان على هذه المقولة؟ حاول أن تجالس وتستفسر من أولئك الذين لا يشربون فيما إذا كانوا فاقدي السعادة ويعانون الاحباط لأنهم لا يشربون.
٧ ـ حالما تتوقف عن شرب الخمر أو تشعر بالنشوة بفعل تأثير الخمر ستجد أن كل شيء انتهى، انك ستعود الى حيث بدأت، وأن جميع جهودك التي بذلتها ستقودك الى فشل تام. ومرة تكون فيها مخموراً عليك دائماً أن تكون كذلك.	٧ ـ إن الهفوة أو الزلة تكون خبرة تعلم جديد نحو الشفاء والمعافاة، والهفوة ليست فشلا، ولكن نكسة تشعرك بضرورة معرفة الاتجاه الصحيح السليم الواجب أن تسلكه وهذا هو خيارك.

ومما لا شك فيه أن مناهضة تلك الأفكار والخرافات حيال تأثيرات الخمرة ومنافعها الوهمية الزائفة هذه المناهضة غالباً ما تكون فعالة ومجدية كخطوات علاجية أولية في مساعدة المدمنين على تبديل سلوكهم الادماني وعاداتهم الضارة المؤذية لصحتهم في جميع أبعادها. ومن أخطاء معتقدات الكثير من الكحوليين أن المواقف التي تثير كربهم وتوتراتهم النفسية أفضل ما تعالج بشرب الكحول. وبالطبع

فإن ما هو غير المنظور التحتي في هذه الرغبة هو المعتقد الخاطىء القائل أنه يتعين عليهم تناول المشروب لازالة التوتر والكرب، وأن مقاومة هذا المعتقد ومحقه يستوجبان اعادة تأطير Refraiming الحاجة «كرغبة» أو مسألة تفضيل، وبالطبع ولا إنسان يحتاج الى شرب الكحول بصرف النظر عن المقدار الذي يحتاجه

وغالباً ما نجد أن حاجات الكحولي مرتبطة بقلق الانزعاج الذي يفرضه ما يجب أن يحصل عليه والملاحظ أنه في كثير من الظروف والمناسبات يتحمل الكحوليون الاحباط لعدم تعاطيهم المشروب عندما يرغبون في ذلك، وأن ما ذكرناه من مقولات مناهضة في اللوحة (رقم ٦) تبدو ناجعة في معاكسة النتائج السلبية لتعاطي المشروب.

وفي مقدور المعالج أن يربط ذلك بفكرة المتعة الطويلة المدى أو القصيرة المثيرة للرغبة نحو الكحول Cues والمنشطة للمعتقد الخاطىء بالحاجة الى الشرب، وأن طالب المشروب لا يتحمل عدم اشباع هذه الحاجة، نقول يمكن أن يربطه بالمقابل بالنتائج الوخيمة التي تترتب على استمراره في شرب الكحول، وهذه النتائج الوخيمة على المدى الطويل لا تكون اطلاقاً في صالح المدمن.

وأن لجوء المعالج الى اتخاذ الحوادث الكارثية التي ألمت بالمدمن نتيجة تعاطيه الكحول مثل حوادث الطرقات والطرد من العمل، والخصام الزوجي هذه الحوادث تكون بمثابة مرآة تعكس للمدمن وتثبت في وعيه نتائج شرب الخمر التي غالباً ما يسعى الى انكارها وتجاهلها وعدم ربطها بشرب الخمر وهنا يمكن للمعالج تبصير

المدمن بافكاره الخاطئة حيال حاجته للخمر وقدرته على عدم تحمل الامتناع والكف عن تناوله، في مقدور المعالج أيضاً معاكسة الخرافات الثقافية الشائعة السائدة عن مشكلات الكحول بصورة مباشرة ومقرونة بالشواهد الحسية، وبخاصة في باكورة العلاج، وهذه المعتقدات الخرافية غالباً ما تزود بأرضية العمل لعملية الانكار والنكران.

في بعض الأحيان يواجه المعالج مدمنين يعتقدون أن العلاج العقلاني والتبرير هما نفس الشيء. فينكرون وجود مشكلة ادمان عندهم لأن «الرجال الحقيقيين» يفترض أن يشدوا بالوثاق والرباط. فجميع رجال الأعمال الذين يشغلون مناصب ذات مسئوليات (رؤساء التنفيذ) يشربون الخمرة مع الطعام، أو يتناولون الجعة للاسترخاء بعد يوم مضن موتر وليعلم المعالج أنه وراء هذه المقولات التي ينطق بها المدمن توجد أحاديث خاصة لا واعية مع الذات التي تنشط عندما لا يتوفر الكحول عند المدمن ولا يكون في متناول يديه. ومثالنا على الحديث مع الذات المنشط لشرب الكحول هو: أنه لأمر مخيف وشيء لا يحتمل بالنسبة لي أن لا أجد مشروباً أو التوقف عن تناوله. ويحس بالمعالج أن يطلب من المرضى الكحوليين اعطاء البرهان على صحة هذه المقولة أو المعتقد، وفي مقدور المعالج أن يظهر للمدمن أن تبديل سلوك الشرب سيعود عليه بفوائد جمة غير منظورة. ولعل أهم منطق خاطىء يتعين مناهضته ومكافحته قد يحمله الكحولي ويؤمن به هو أن تبديل سلوكه الادماني هو أمر مستحيل. وليعلم الكحولي والمعالج معاً أن المفاهيم المنطقية الرامية

الى تعـزيز السيـطرة على الـذات، والتوقعـات الايجابيـة نحو تبـديـل السلوك الادماني هما عناصر أساسية وجوهرية في العلاج الفعال.

وغالباً ما يجد المعـالج من خـلال نقاشـه العلاجي مـع المريض المدمن أنه يعرف وجود عـدد من الشاربـين للخمرة تمكنـوا من الكف عن شربه والسيـطرة على ذواتهم، وهـذا أمر يجب أن يستغله المعـالج لمقارنة سلوكه مع هؤلاء بغية حفزه دوماً على الابقـاء على امتنـاعه عن الخمرة أو السيطرة المستمرة على نزوعه نحـو الخمرة. مثـال «أنظر الى خالد الذي ذكرته لي الذي استمر يشرب لمدة عشرين سنة ومع ذلـك أقلع عن تعاطي الخمر وتخلص منـه، وبدل سلوكـه تبديـلا جذريـاً، فلماذا أنت لا تكون مثله، وما الذي يمنعـك من السيطرة عـلى شرب الكحول؟

وفي بعض الأحيان يستحسن أن يلجأ المعالج الى عدم التركيـز على صعوبات الكف عن الشرب التي يواجهها المدمن بينما يلح كثيـراً أن يثبت في ذهنه مضار الخمـرة ونتائجهـا السيئة عـلى صحته البـدنية والعقلية وحياته الاجتماعية وعمله وعلاقاته الأسرية والـزوجية وغـير ذلـك من السلبيـات التي تتـرتب عن الاستمـرار في تعـاطي الخمـر وغالباً ما يحتاج المـدمن المتعالـج الى تذكيـره بالنتـائج السلبيـة لشرب الخمـر بطريقـة مقبولـة لا تتضمن طابـع التحقـير أو الاذلال، بحيث يرى أن الأمر هو ضمن خياراتـه فأمـا أن يستمر في الشـرب لتدمـير حيـاته بكـل أبعادهـا، أو استرداد حيـاتـه محتـرمـاً معـافى، فعـالا في المجتمع. وهنا يتعين على المعالج أن يبذل قصارى جهـده ويضع كـل ثقله العلمي لجعـل المدمن المـريض يختار طـريق الكف والاقلاع عن

المخدر أو المسكر. وليعلم المعالج أنه في تعامله مع الكحوليين النشطين في الشرب، قد يختار طرقاً أخرى مثل ادخاله المستشفى الخاص لفطمه عن الشرب أو المخدر لفترة معينة يضاف الى ذلك اعداد برنامج لاعادة تأهيله، أو زيادة الجلسات العلاجية أو الأخذ بجميع هذه السبل. وهنا يستطيع المعالج أن يؤكد للمدمن المريض أنه إذا اختار طريق معاناة النتائج التي تترتب عن تبديل السلوك وليس الامعان والمضي في الشرب وما يؤول اليه الأمر من نتائج كارثية ما حقة تلحق بالمدمن، فإنه بلاشك سيلقى من المعالج كل دعم واهتمام.

وما من شك ومن خلال الخبرات السريرية الطويلة لن يجد المعالج من المدمنين المتعالجين ما يفيده بالقول أن ايقاف شرب الخمر هو عملية سهلة يسيرة. ومع ذلك فإن معظم المدمنين الجادين في العلاج يفلحون في التغلب على نزوعهم وسلوكهم الادماني. وأن ما كانوا يتصورونه سابقاً أمراً مستحيلا أو صعباً جداً، يجدونه خلاف ما كانوا يتوقعون. واستناداً الى القرار البدئي الذي سيتخذه المتعالج المدمن حيال الكيفية التي يرغبها في تبديل سلوكه الادماني، يكون من المناسب النصح العملي الواقعي حيال الطريقة التي يمكن أن يتبعها المتعالج لتجنب الكحول. ويتحقق هذا المطلب بالسير المتزامن مع مناهضة الأفكار اللاعقلانية المضعفة للكف وفق الأسلوب العلاجي الذي يتكلم عنه هذا الكتاب، أي العلاج الانفعالي ـ العقلاني، وبالاستنارة بالطريقة التي ذكرناها في اللوحة رقم (٦) من مناهضة تلك الأفكار.

وليعلم المعالج أن الخطوة الأولى لتعلم مثل هذه الاستراتيجيات العملية هي محاكاة أولئك الذين أفلحوا في الاقلاع عن المخدر، إذ من خلال الانصات الى هؤلاء والسماع منهم الطرق التي اتبعوها في الجهاد ضد نزوعهم الادماني، وجعل المريض المدمن يحتك بهم ويعاشرهم بهدف العلاج من شأن ذلك انجاح الاستراتيجيات العلاجية واكسابها الزخم العلاجي الملائم. هناك استراتيجية أخرى تقضي بالاستعانة بقوة التخيل، ففي مقدور المعالج حث المدمن المتعالج وتشجيعه على تخيل النتائج الكارثية التي تترتب على ادمانه، مثلا تخيل ما حدث له في آخر شرب والنتائج التي تترتب على ذلك وما يمكن أن يحدث له مستقبلا ان تكرر شربه.

وأكثر من ذلك فإنه من المفيد جداً أن يشجع المتعالج على قراءات علمية يحددها له المعالج تتناول أضرار الخمر صحياً وعقلياً، ومن ثم يطلب منه أن يتخيل بعد جلسة استرخائية، ما قرأه من أضرار مع التشديد على الايحاء الذاتي (التنويم الذاتي) المعزز لهذه المخاوف، كما ويطلب منه أن يعد لوائح يكتب عليها وبجمل كبيرة مقتضبة أضرار الخمرة، وتعليقها على الجدران في الأمكنة البارزة في عمله أو داره (الاشراط المنفر السلبي تجاه الخمرة) ويطبق هذا البرنامج لمدة ١٥ يوماً اضافة الى الاستراتيجيات الأخرى الواردة في هذا الكتاب، فمثل هذه الأساليب العلاجية المتعددة الجوانب، إذا ما تم تطبيقها بعناية وبفعالية مع توقعات ايجابية من جانب المتعالج، فإنها تعزز بعضها بعضاً وتعطي نتائج جيدة (محمد حجار ١٩٨٨م)، وتخلق ردعاً قوياً منفراً ضد الكحول. ويكون من النافع أيضاً

تسجيل أضرار الخمرة على شريط صوتي وأن يسمعه المتعالج كل يوم ثلاث مرات، وبخاصة إذا استخدم هذا الشريط خلال جلسة استرخائية وتنويم ذاتي Self-Hypnosis (محمد حجار ١٩٨٨) لمدة ١٥ يوماً وليدرك المعالج أن معظم الناس الذين يتسمون باضطرابات نزوعية غالباً ما يفشلون في تخيل وتصور النتائج السلبية لسلوكياتهم ويحتاجون عادة الى كثير من التمرين لتنمية هذه المهارة التخيلية

ومن التقنيات التخيلية العلاجية أيضاً هى أن يُطلب من المتعالج تخيل مواقف سبق وأثارت عنده النزوع نحو الشرب، ومن ثم يعاين ويرصد بخياله ما يدور في خلده وتفكيره من أفكار خاطئة نزاعة نحو الشرب مثل «يتعين عليَّ أن أشرب» ومن ثم نطلب منه أن يناهض هذا المعتقد بقوة وبفعالية بحيث يبدل هذا المعتقد الخاطىء بما يجعله يرفض الشرب. ومن الأهمية بمكان أن يتجنب المتعالج المدمن الأفراد المدمنين والأمكنة والأشياء التي كانت مقترنة بالمشروب، وهذه النصيحة العلاجية قد تكون صعبة التطبيق والأخذ بها من قبل المدمن المتعالج نظراً لأن هذه النصيحة تفرض عليه تحويل علاقاته الصداقية نحو أشخاص جدد، وخلق صداقات جديدة. ومن المناسب أن يخصص المعالج بعض الجلسات لارشاد المدمن على كيفية اختيار الصداقات الجديدة. وقد يتطلب هذا الأمر أن يسبر عند المتعالج معتقداته الخاطئة وانفعالاته المضطربة حيال البدء بالنشاطات الاجتماعية، ومن ثم مساعدته على دحض هذه المعتقدات غير الصحيحة وتصويب وترشيد هذه النشاطات.

أما المرضى الذين يشكون في مخاوف اجتماعية، ويبقون

بعيدين عن خلق صداقات جديدة، ويظلون على صداقاتهم القديمة، فإن العدوى الاجتماعية تتغلب على جهودهم الرامية الى الكف عن شرب الخمر أو تناول المخدر، وهذه حقيقة يجب أن يضعها المعالج نصب عينيه، وينبه المتعالج الى هذه الناحية الهامة، أي بتعبير آخر يتعين على المعالج أن يشجع المتعالج المدمن على ازالة هذه السلبيات الاجتماعية المنشطة والمخلدة لتعاطي المشروب أو المخدر

وثمة أمر هام هو أن يتعلم المريض المدمن أن يمتلك كل القوة الذاتية بالامتناع عن تعاطي المشروب في الحفلات التي يقدم فيها المشروب وفي المواقف الأخرى الجديدة بحيث ينسق مع ذاته باللجوء دوماً الى مناهضة أي نزوع أو أفكار تهدم مقاومته نحو الخمرة أو المخدر ومن المناسب أن يتدرب المتعالج تخيلياً على هذه المواقف التي تثير فيه النزوع نحو الشرب مسبقاً ومقاومة أفكاره النزاعة نحو تعاطي الخمر وذلك كاجراء تطعيمي وقائي ضد الخمر أو المخدر وإننا إذ نذكر للمعالج الطرق العديدة التي يمكن أن يطبقها في هذا الميدان العلاجي، فعليه ألا يلجم ابداعاته الذاتية في ايجاد سبل أخرى مماثلة وتنساق وفق الأسس العلاجية التي ذكرناها والتي تؤدي الى تكريه المدمن على الخمر أو المادة المخدرة، وتبديل سلوكه الادماني حين تعرضه لمحرضات مثيرة لنزوع الشرب أو تعاطي المخدر. ولعل من أهم مميزات المعالجة الثقافية المنفرة للخمر أو المخدر التي يقدمها المعالج للمريض المتعالج، وتثقيفه بالطرق والأساليب العلاجية السلوكية المقرونة بالتدريبات اليومية أنها تخلق عند المتعالج المهارات الذاتية لعلاج نفسه بنفسه، وخلق القدرات الذاتية وتفجيرها كيما

يساعد نفسه وبقواه الذاتية على انتشال ذاته من مستنقع الادمان وأضراره. ويعزز مثل هذا التعليم الذاتي خبرات النجاح التي يلمسها المتعالج وتكون من نتاج جهوده الشخصية المقرونة بارشادات المعالج، وهذا هو سر عظمة العلاج المعرفي السلوكي ولغز نجاحاته. فالمتعالج يظل خلال مدة العلاج يعيش خبرات التبديل من خلال الجهود الذاتية التي يبذلها والتي تنعكس عليه بمزيد من الثقة بالذات وتقوية الأنا وتطوير الفعالية الذاتية (محمد حجار ١٩٨٨م).

وعلينا كمعالجين أن نشجع المرضى المتعالجين وبخاصة أولئك الذين يواجهون يومياً الصعوبات الحياتية أن يتعايشوا تماماً مع قرارهم بالامتناع عن تعاطي المشروب أو المخدر وأن يستعينوا دوماً بأولئك الذين يدعمون هذا الامتناع.

٤ ـ طرق الوقاية من النكس:

في بعض مراحل العلاج من المناسب بل والحكمة تقتضي ذلك أن يتطرق المعالج الى قضية الانتكاس مع المريض. وعندما يحاول المتعالج تبديل سلوكه الادماني ويفشل في ذلك فإن مزيداً من الأفكار الخاطئة اللاعقلانية حيال الانتكاس الذي يعانيه المريض تزيد من تعقيد حالته وتنشط. فمثلا يعتقد المريض خاطئاً أن هذا الفشل لا يمكن تصليحه وأنه واقع لا محالة في نزوع نحو الشرب لا يمكن كفه أو لجمه. بل وقد ينشط الحديث السلبي الذاتي الذي يقول لذاته فيه «تبديل السلوك هو أمر صعب جداً، وأن الانزعاج الذي يواكب المحاولة بايقاف الشرب، ومن ثم الفشل في تحقيق هذا المطلب

والعودة ثانية الى محاولة أخرى أمر يشق عليّ تحمله والسير فيه، وقد أسمى مارلات (١٩٨٣) هذه الظاهرة الناكسة بتأثير خرق قرار الامتناع عن الشرب.

وحيث أن المدمنين عادة ما ينتابهم التفكير الثنائي المتناقض، فغالباً ما ينظرون الى ذواتهم إما أنهم مدمنون أو غير مدمنين ممتنعون، فهم في أحد هذين التصنيفين يقعون ولا يوجد حد ثالث بين هذين الحدين. فإذا كان لا يشرب فهو ممتنع، وأما إذا كان يشرب فهو شارب غير ممتنع، ولذلك فلا جدوى من حتى المحاولة بايقاف الشرب. إن مثل هذا التفكير المنقسم الثنائي الحدين يجعل من الانتكاس كبير الاحتمال. والكف عن رشفة خمر أو أكثر يتسم بصعوبة أكبر، لهذا تبدو الحكمة النظر الى كل اغراء نحو الشرب هو محض محاولة وتجربة إذ قد تخسر مرة المعركة مع ذاتك وقد تربحها في المرة الأخرى. وإذا قيض أن خسرت مرة وطاوعت ذاتك ونزوتك بأخذ كأس خمر فيجب الا ينظر الشارب الى ذاته أنه مقهور باستعداد تركيبي الى أنه سيفشل أيضاً في المرة الثانية، بكبت نزوعه نحو الخمر ولجمه. بل بالعكس على المعالج أن يظهر للمتعالج المريض المدمن أنه يستطيع أن يتعلم في كل رشفة تنزع نفسه الى أخذها الأسباب التي أدت الى الاستجابة لنزوع الشرب ومن ثم محقها وازالتها أي التعامل مع النزوع من جديد وبأسلوب جديد لقهره.

وبالطبع عندما ينتكس المريض فيشرب ناقضاً قراره بالامتناع والكف عن الشرب، حينئذ يتعين مناهضة الأفكار التي واكبت التأثير الذي خرق الامتناع ولا داعي اطلاقاً للتشاؤم واليأس من جانب

المعالج والمريض معاً حيال هذا النكس، فقصص كثير من المدمنين أبانت لنا أن الكثير من الانتكاسات والتعثرات رافقت مسيرة علاجهم في الاقلاع عن الخمر أو المخدر حتى الوصول الى ثبات في الكف والتخلص من الادمان. ويحسن أن يظهر المعالج للمريض هذا السير عند كثير من مرضى الادمان خلال علاجهم، لذا فإن الهفوات والزلات بمطاوعة النزوع نحو الشرب لأمر ما يجب الا يفرض تبديل هدف العلاج ألا وهو الوصول الى التخلص من الشرب أو المخدر. ولا أن تعطي هذه الهفوات العابرة البرهان للمتعالج أنه غير قادر على الوصول الى ذلك الهدف في المحاولات المستقبلية الأخرى، شريطة أن يعقد العزم على أن يبذل جهداً أكبر ويستبصر استبصاراً أكثر بأسباب هذا النكس وبالتالي ازالتها بالصورة التي شرحناها في هذا الفصل. إن هذا كله يعني أن المريض لم يصل بعد الى الهدف المنشود ويتعين عليه أن يعمل بجهد أكبر ويناضل بعزيمة أكثر قوة ليتخطى الصعوبات النفسية والمعرفية التي تعيق وصوله الى ذاك الهدف.

إن بعض المرضى يعتريهم الاحباط من جراء انتكاساتهم فيلتمسون علاجات أسهل وذات تأثيرات سحرية ليتخلصوا من آفة الادمان. وحيث أنه لا توجد طرق سحرية سهلة لتبديل السلوك الادماني المتأصل الجذور، العميق التربة فإنه يتعذر على هؤلاء العثور على العلاج البديل الذي يتصورونه ويصبون اليه

ومرة ثانية ننبه الى أهمية تثقيف المدمن المتعالج حول واقعية التخلص. من أية عادة والعثرات التي تصاحب هذا التخلص، ومن المناسب أن يشرح المعالج للمتعالج ما أتينا على ذكره مما أسميناه

«التأثير الخارق للكف أو الامتناع عن الشرب» وذلك قبل أن يداهمه النكس وذلك للحفاظ على زخم اندفاعه فلا يعتريه اليأس بفعل ما يعتقده اما الامتناع التام أو الشرب وعدم القدرة على الامتناع (التفكير المنقسم الثنائي عند المدمن)، وليشرح له أنه قد يفكر بالشرب إذا وجد نفسه في موقف يغريه بالشرب فلا يقاوم، وأن اللوحة رقم (٧) تعطينا مثالا وأنموذجاً لأنماط التفكير القاهر للذات الذي يقود الى هفوة الشرب ثانية.

اللوحة رقم (٧)
التفكير القاهر للذات الذي يؤدى الى النكس
والتفكير المعاكس المناهض للأول

التفكير القاهر للذات	التفكير البديل العقلاني المنطقي المعاكس
١ ـ الامتناع عن الشرب هو قسوة ما بعدها قسوة، أنا عاجز على تحمل ما امتنع عنه.	١ ـ رغم أن عدم الشرب هو صعب علي بالتأكيد الاّ أنني صمدت في وجهه فامتنعت ساعات بل وأياماً وأسابيع وبامكاني أن أستمر في التصدي له والصمود في وجهه، عليّ الاّ أسوغ لنفسي بحاجتي الى ما ارغب تحقيقه، وفي الوقت الذي ارغب أن أشرب، الاّ أنني لا أرغب بالعقابيل المؤذية التي تترتب عن تلبية هذه الرغبة.

التفكير البديل العقلاني المنطقي المعاكس	التفكير القاهر للذات
٢ ـ لم يصدف أن مات انسان نتيجة الملل والسأم وفي الوقت الذي أرغب بمزيد من الاثارة في حياتي الاّ ان ثمن استمرار الصحبة مع رفاق الشرب والخمرة هو العودة الى الشرب ثانية، فإذا كنت حقاً بحاجة الى اضعاف الملل والسأم عليّ أن أجد منافذ جديدة المبددة للسأم وما أكثرها في الحياة.	٢ ـ احتاج الى مزيد من الاثارة في حياتي، أشعر بالكرب الشديد لأنني لم أشاهد رفاقي في الشرب وهذا أمر يزعجني. سأذهب لأتمتع برفقتهم في منهل الشرب ولكن سوف لن أشرب.
٣ ـ أين البرهان الذي يدل على أن امتناعي عن الشرب يجعلني صغيراً لا وزن لي ولا قيمة، وأن الذين يشربون هم أصحاب القيمة أو الجاه؟ انا لا أستطيع أن أركض فأقطع ميلا واحداً بأربع دقائق، وإذا كنت عاجزاً عن ذلك فهل هذا يعني أني ضعيف فاقد اعتبار الذات؟ وفي الوقت الذي لا تبدو لي الأشياء كبيرة بالصورة التي أتصورها فلا نفع من ذم ذاتي، والاشفاق عليها، بل بالعكس إن مثل هذا الحديث مع الذات السلبي يجلب عليّ الكدر والسوء ويسيء الى حالتي. لأ تذكر آخر مرة شربت فيها، هل أسبغ هذا	٣ ـ أنا مسكين فقير حقاً يجب أن أكون صغيراً لا وزن لي ولا قيمة بفعل امتناعي عن شرب الخمر، في الوقت الذي يتمتع الكثير فيه، لا شيء يجري في الطريق الصحيح بالنسبة اليّ، فما نفع ذلك إذن؟ كيف في مقدور الشرب أن يجعل من حياتي سوءاً؟

التفكير القاهر للذات	التفكير البديل العقلاني المنطقي المعاكس
	الشرب على حياتي شعوراً أفضل أو أنه دفعني ذاك الشرب الى مزيد من الشرب والامعان في تعاطيه الأمر الذي وضعني في موقف سيء.
٤ ـ يتعين الا يعاملوني بهذه الطريقة، سأريهم من هو المدير أو الرئيس، سأضع حداً لهم، ما عليَّ الَّا أن أغرق نفسي بشرب الخمر حيث سيجدون أنه لا مفر من الاعتذار والتأسف على صنيعهم ضدي.	٤ ـ الواقع أنني أكره الأسلوب الذي يعاملونني به، عليَّ أن أمسك نفس وأتعلم ذلك، ولكن معاقبتهم بالطريقة التي أفكر بها هي ليست المناسبة الملائمة، ثم من الذي يُعاقب إذا ما لجأت الى شرب الخمرة؟ أنا الذي أعاقب نفسي.
٥ ـ أشعر بالانزعاج الشديد والضيق، إذا لم أشرب، سأخرج عن طوري، أنا متأكد أنه من الأفضل أن أكون مخموراً على الخروج عن طوري.	٥ ـ شرب الخمرة لا يمنعني من الخروج عن طوري والتصرف الأرعن الأحمق والشرب يرميني في آخر الطريق لأكون في موضع عبث الناس، والاحتقار، فالانزعاج والكرب يمكن ازالتهما بدون اللجوء الى الشرب، فالبشر لا يخرجون عن طورهم بمجرد أنهم لم يحصلوا على ما يرغبون.

لا توجد حتمية في أن الهفوة أو النكسة العابرة يترتب عنها حدوث كارثة وأفادنا غرينوود (١٩٨٥) بأن الانتكاس حالما يحدث، فإن أفضل ارشاد يتلقاه الناكس الذي ارتد الى الخمرة هو أن يقبل

هذا الواقع وأن يناضل من أجل أن يستقيم ثانية، ويعود الى ضبط سلوكه الادماني من أن يذم الناكس المريض نفسه ويلوم ذاته، ويباشر على التو بالبحث معرفياً عن التفكير المسبب للنكس كيما يتصدى له، ويناهضه وبالتالي يمحقه ويزيله، وليس العودة الى الوراء الى الماضي.

يرى كل من مارلات وغوردون (١٩٨٥) أن الانتكاس هو نتيجة العوامل المعرفية والموقفية Situational and cognitive، وأن اللوحة رقم (٨) تمثل لائحة للاستراتيجيات المانعة للانتكاس. يتضمن منع الانتكاس مساعدة الكحولي المتعالج تعلم التعرف على المواقف التي تعد مخاطر تهدد بالانتكاس، ومن ثم التعامل معها، اضافة الى تعلم التوقعات الأكثر واقعية، أو تثمين النتائج الناجمة عن العودة ثانية الى شرب الكحول كأسلوب يتعود عليه المريض كيما يتعامل تعاملا متصدياً ناجحاً مع مثل هذه المواقف.

وليعلم المعالج أن منع الانتكاس يتضمن تطبيق استراتيجيات نوعية وشاملة كلية، ومن بين الاستراتيجيات العلاجية النوعية التي أوصى بها كل من مارلات وغوردون هي:

١ - التدريب على ضبط الذات ومراقبتها كيما يتعرف المريض على المواقف التي تعرضه لمخاطر الانتكاس، وبالتالي ايقاظ النزوع نحو الشرب.
٢ - التدريب على تقنيات الاسترخاء.
٣ - اغناء التخيل الفعال.
٤ - التدريب السلوكي وتوليد الأفكار الايجابية اللذان يمكنانه من التعامل بنجاح مع المواقف التي تعرضه لمخاطر الانتكاس.

٥ ـ النقـاش التعليمي التثقيفي عن التأثيـرات الطويلة المـدة التي قـد تجذب المريض نحو تعاطي الخمر

٦ ـ التعاقد السلوكي مع المريض كيما يخفض من سلوكه الذي يعرضه لمخاطر الانتكاس.

٧ ـ تكـرار وحفظ عـلى مـا يجب أن يفعله حينـما ينكس عـلى عقبيـه فيشرب.

٨ ـ اعادة بناء بنيته المعرفية Cognitive Restructuring لوقايته من تأثير خـرق قرار الامتنـاع عن شـرب الخمـر الـذي يمنـع المـريض من المحاولة ثانية لتبديل سلوكه الادماني ويـدفعه الى الامعـان بشرب الخمر بدون ضبط ولا قيد.

ويـرى أيضـاً كـل من مـارلات وغـوردون (١٩٨٥) إن تلك الممارسة ضمن اطار استراتيجيـات ضبط الذات الأكـثر شموليـة هي أيضاً تعد من الـطرق المانعـة للانتكـاس. وأن هذه التقنيـات أو تلك الاستراتيجيات هي مفيدة في اعداد المريض المدمن لمـواجهة المـواقف التي تعرضه لمخاطر الانتكاس (العلاج الواقي التمنيعي) وبالتالي رفع مستوى تحمله للاحباط.

وبما أن الانتكاس ذاته غالباً يتضمن عنصر الخلاعة نحو المسرة الـذاتية، لـذا فإن مـارلات وغوردون يؤمنـان بـأهميـة أنمـوذج الحيـاة المتوازن القائم بين الملزمات التي يفرضها المريض على ذاتـه shoulds، والمسرة الذاتية «أي الرغبات Wants» لأن مثل هذا الانموذج المتـوازن بين الرغبات واللزوميات يقدم الوقـاية الأوليـة من الانتكاس. وعـلى

هذا يطلب من المرضى المدمنين المتعالجين رصداً كتابياً لنشاطاتهم اليومية وتقويمها وفق مكوناتها من حيث الرغبات واللزوميات. والهدف من ذلك هو زيادة النشاطات المسلية للذات والسارة لها وليس تضمينها بما يهزم الذات ويقهرها Self-defeating. واضافة الى ذلك يشجع المريض على ايجاد سبل متعية بديلة عن الخمر، وعادات حسنة ايجابية وتتضمن استراتيجيات ضبط الذات أيضاً التعلم على وصف بدقة الولع أو الدوافع «كإشارات إنذار» بحيث حالما يشعر به المدمن المتعالج عليه أن يتصدى له بالكلام الذاتي العقلاني المناهض وبتشتيت الانتباه أو بالتجنب، وبالنشاط المعاكس. وأخيراً باتخاذ القرار الواعي المستوحى والموجه من مصالح المريض على المدى البعيد. ومن خلال مساعدة المريض على اجراء توازن في أنموذج حياته الجديدة والتعامل مع نزوعاته التي تدفعه الى شرب الخمر حالما تظهر في ساحة تفكيره بهدف تعزيز الصمود واغناء الذات وتقويمها وليس بالايحاءات والأحاديث القاهرة للذات، فإن الظروف والشروط التي تقود الى الانتكاس يمكن تجنبها

اللوحة رقم (٨)

تقنيات منع الانتكاس والوقاية منه

- التعرف على المواقف الخطرة التي تثير النزوع نحو الشرب.
- تنمية استراتيجيات التعامل الناجح مع تلك المواقف مثل الاسترخاء، والالحاح على الذات بالامتناع عن تناول الشرب في هذه المواقف.

- اعادة بناء التفكير المعرفي وصياغته من جديد في حالة حدوث التأثير الخارق لقرار الامتناع عن الشرب بحيث تكون هذه الصياغة الجديدة تقوم على الاعتقاد أن الهفوة أو الزلة باحتساء الخمر ثانية ليست انتكاسه بل زلة أو هفوة عابرة سرعان ما يمكن تجنبها ثانية بدراسة الموقف الذي أحدث هذه الزلة، واعادة بناء التفكير الذي يناهض المعتقد الخاطى- المسئول عن هذه الزلة

- العمل على خلق أسلوب جديد من الحياة قائم على التوازن بين اللزوميات shoulds والرغبات Wants بحيث تكون الأخيرة هى الأكثر هيمنة في هذا النمط الجديد بينما الأولى تكون في حدها الدنيا.

- اعادة التفكير بالقرارات المتخذة والأهداف أي النتائج القصيرة المدى مقابل النتائج البعيدة المدى في مسألة الامتناع عن الخمر أو المخدر.

- خلق عادات جديدة ايجابية أو بدائل بحيث تنحو الميول نحو ارضاء الذات بالمسرات وليس بالأحاديث مع الذات وبالطرق التي تقهر الذات، أي خلق الفعالية الذاتية وانتهاج الطرق التي تقوي الذات وتصلب من فعاليتها.

- التعامل مع الانتكاس بالأساليب السلوكية القائمة على لعب الدور والتكرار Rehearsal التي تدعم الايجابية والمناهضة لعوامل الانتكاس الخارجية والمعرفية (التدريب السلوكي اليومي).

- العمل على التعامل مع الانتكاس بأسلوب مخطط.

٥ ـ مناهضة المعتقدات الخاطئة الخاصة بالانفعالات المضطربة :

تدل الخبرات السريرية (Ellis 1988) أن مرضى الادمان على المخدرات والكحول تعتريهم العديد من المعتقدات الخاطئة أو ما يمكن تسميته بالأفكار المضطربة حيال خبراتهم وتجاربهم الانفعالية. وهذه الاضطرابات بجزء منها تندرج ضمن تصنيف قلق الانزعاج الذي سبق وشرحناه في الفصول السابقة والذي يصدر عن المعتقد بكون الاحباط هو أمر مخيف كريه ولا يمكن تحمله، لذا يجزم المريض ويعقد العزم على الاّ يصيبه ثانية، ولا يدعه ينفذ الى نفسه. ومن المعلوم أيضاً أن كثيراً من الكحوليين والمدمنين على المخدرات يعانون ويخبرون مثل هذا النوع من القلق حيال كثير من الانفعالات المضطربة، إذ يظهرون الخوف من الانزعاج الانفعالي ويسعون الى تحاشيه وتجنبه والمصحوب بانفعالات سلبية مثل الغضب والشعور بالذنب والاكتئاب. وعادة لا تتعدى وسائل دفاعهم تعلم تكرار محدود لبعض الاستراتيجيات التعاملية غير الفعالة ضد هذه المشاعر السلبية القوية. كما وأنهم يتعاملون مع كثير من المشكلات الانفعالية باللجوء الى الخمر والكحول، وبفعل هذه السبل التي يتخذونها كوسائل لازالة مشاعرهم السلبية يمكننا الافتراض أن الكحوليين أو المدمنين على المخدرات يشكلون قلق الانزعاج ويكون هذا القلق يشغل بالهم ويهدد أمنهم النفسي عندما يتوقفون لسبب ما عن تعاطي المشروب أو المخدر، أو عندما يواجهون العاطفة السلبية. ولامراء أن الهدف الرئيسي للعلاج يتركز في تقديم العون لهم بغية تبديل آلية التعامل الأساسية التي يتمسكون بها عندما يواجهون

المتاعب الانفعالية وهي اللجوء الى شرب الخمر أو تعاطي المخدر، لذا فإن العلاج يكون في تدريب المدمن على الأخذ باستراتيجيات تعاملية بديلة مع المصاعب الانفعالية. وحالما يدرك المتعالج المريض وجود طرق تعاملية مع المتاعب غير اللجوء الى الشرب أو المخدر حينئذ يمكن للمعالج أن يثير مع المتعالج مسألة القلق والخوف اللذين يعدان بخبرة انفعالية حتمية أمام المشكلات القوية

وعادة يوصف الكحوليون بالأفراد الذين يتسمون بسلوك اندفاعي في ردود أفعالهم الانفعالية ورغم أن هذا الوصف لا يأخذ صفة التعميم على كل الكحوليين، الاَّ أن الكثير منهم هم على درجة كبيرة من الرد الانفعالي العنيف وتعلموا مع مرور الوقت أن يخافوا من انفعالاتهم.

في بعض الأحيان يشق على الكحوليين وصف حالاتهم الانفعالية القوية. وكيما تتم مناهضة الانفعالات السلبية مناهضة فعالة والتي تولدها الافكار اللاعقلانية الخاطئة، لابد من تحديد هذه الانفعالات وأن تكون واضحة في وعي المريض المتعالج. ومن المفيد في بعض الأحيان مساعدة المريض على تطوير لغته ليحسن التعبير الدقيق عن انفعالاته وعواطفه (زيادة مفردات اللغة) هذا الى جانب التشجيع الكثير والدعم النفسي مما يعطي للمتعالج وبصورة غير مباشرة الأسلوب في مناهضة انزعاجه حيال علاجه صراحة، ويعلمه أن الحياة ليست مفروشة بالورود وعليه مواجهة مشكلاته وأن الانزعاج الحاصل يمكن أن ينحل لوحده على المدى الطويل.

من ناحية أخرى يمكن تعلم المريض الزبون أن مشاعره مستمدة من طبيعة الانسان وتركيبه كانسان، لذا فهي حتمية التكوين والوجود، وبخاصة عندما يمر المريض في طور اعادة التكيف الطبيعي الذي يحدث نتيجة التوقف عن شرب الكحول أو تعاطي المخدر، اضافة الى الاثمان الأخرى التي يدفعها الاجتماعية والعاطفية المصحوبة نتيجة الشرب.

ثم ان تشجيع المتعالج المدمن على التحدث عن مخاوفه حيال الانزعاج من مواجهة عواطفه وانفعالاته، هذا التشجيع يكون معيناً ومفيداً. ويجد المعالج في بعض الأحيان أن نفراً من المدمنين المتعالجين يصنفون ذواتهم متبلدي العواطف، بينما نجد أنهم عندما يتكلمون عن مواقفهم الحياتية وسلوكياتهم نجدهم على نقيض ذلك يتسمون بانفجارات انفعالية، وبثورات الغضب الشديد حيال احباطات زهيدة تنتابهم، اضافة الى اصابتهم باكتئابات من حين الى آخر عندما يفكرون بمشكلاتهم، يمكن تدريب هؤلاء على مناهضة الخوف من الانفعال جنباً الى جنب مع تعليمهم طرق التدبر بالانفعال ذاتياً بحيث يتمكنون ليس فقط من السيطرة على مخاوفهم من الانزعاج حيال عواطفهم المضطربة ولكن أيضاً يتعلمون التدبر بالاضطرابات الانفعالية لتكون خفيفة. إن اللوحة رقم (٩) تشرح لنا مختلف أنواع المعتقدات الخاطئة المصاحبة للاضطراب الانفعالي ويقابلها الأحاديث مع الذات المنطقية العقلانية المعاكسة والمناهضة لتلك المعتقدات.

إن الحياة الاجتماعية والأسرية والمهنية المعتورة المضطربة والتي نجدها عند كثير من المدمنين على الخمر أو المخدر ترافقها عادة

مشكلات ناجمة عن الغضب المفرط غير الملائم والعدوان، اضافة الى وجود قصص حياتية متسمة بالضعف والفقر في التعامل مع الشدات والتوترات والقلق.

ومن الأهمية بمكان أن يشرح المعالج للمريض نظرية A B C المفسرة للعلاج الانفعالي - العقلاني (Ellis 1988) بحيث يربطها بالمواقف والانفعالات وذلك خلال عملية العلاج، ومن خلال تدريب المريض على التحليل الفكري الذاتي وفق نظرية A B C وكيف تتم عملية مناهضة الأفكار، فإنه من المناسب اما استخدام العناصر التي تبرز خلال المعالجة أو العوارض من episodes (جمع عارضة) الانفعالية التي عاناها المريض في الأيام القليلة الماضية من العلاج.

وبالطبع فإن مناقشة هذه العناصر الانفعالية بصورة مباشرة وبأكبر قدر ممكن من التفاصيل، وفي الوقت نفسه تشجع المريض على وصف الأحاديث التي كان يحدث بها ذاته عندما كان يشعر بتلك العناصر الانفعالية، فإن هذا كله مس شأنه أن يزود بالمعلومات الآنية الملائمة لمناهضة تلك الأفكار التي ولدت الانفعالات. ومثل هذه الأمثلة التي يخلقها المعالج في الجلسة العلاجية من خلال شرح نظرية A B C وأسلوب التعرف على الأفكار الخاطئة وما يرافقها من انفعالات ترتبط بهذه الأفكار، فإن المعالج يتخذ مس هذا التدريب العملي ليكون مثالا نافعاً في المستقبل القريب عندما يستمر المريض في مواجهة المثيرات (المنبهات) الموقفية والانفعالية الناجمة عن التفكير الخاطىء اللاعقلاني الخاص بشرب الخمر أو تعاطي المخدر.

ولا نبالغ القول أن التقنيات المناهضة والتقربات العلاجية الخاصة بالتعامل مع الانفعالات مثل الغضب والقلق والتوتر الانفعالي هي موضحة تمام الوضوح في الممارسة لفن العلاج الانفعالي ـ العقلاني.

اللائحة رقم (٩)

المعتقدات الشائعة الخاطئة حيال الانزعاج الانفعالي والمعتقدات البديلة المناهضة لتلك المعتقدات

المعتقد الخاطىء	المعتقد البديل العقلاني المناهض
١ ـ أن أكون منزعجاً هذا أمر مرعب لا يمكن تحمله.	١ ـ لا أرغب أن أكون منزعجاً طبعاً ولكن أستطيع أن أقاوم الانزعاج.
٢ ـ هذه المشاعر خطرة، قد أخرج عن طوري ويختل عقلي منها فلا أشفى أبداً.	٢ ـ مشاعري هي في الواقع غير سارة ولكنها ليست خطرة على صحتي.
٣ ـ إن المشاعر التي تنتابني هي خطرة إذ قد تجبرني على تعاطي المشروب.	٣ ـ المشاعر السيئة وغير السارة لوحدها لا تجبرني على تعاطي الشرب إذا ما اخترت طريق الامتناع عن الشرب.
٤ ـ يتعين عليَّ الا أتعامل مع هذه المشاعر المزعجة، وقبل كل شي- إما أن أشرب أو أن لا أشرب.	٤ ـ أين البرهان على أن الحياة بدون شرب ولا أدوية مخدرة أو مهدئة تبدو دائماً سهلة ومريحة؟ وعليَّ وهذا أمر طبيعي ومنطقي، أن أتوقع أن تنتابني

المعتقد الخاطىء	المعتقد البديل العقلاني المناهض
	المشاعر السيئة والكدر في الوقت الذي أسعى لتبديل سلوكي الادماني.
٥ ـ يجب عليّ أن أضبط ذاتي في كل الأوقات.	٥ ـ لا أستطيع أن أكون قادراً على ضبط ذاتي في كل الأوقات وبصورة مطلقة ولكن إذا ما تعرفت وحددت الأمور التي تزعجني، وحاولت أن أتعلم وأفكر بصورة أكثر حساسية فبامكاني تبديل مشاعري السلبية.

٦ ـ مناهضة المعتقدات الخاطئة حول الذات:

ما من شك أن من العوامل الهامة والرئيسية التي تعقد بل وتعيق استخدام العلاج العقلاني ـ الانفعالي عند الكحوليين أو المدمنين هي المعتقدات الخاطئة حول الذات. ومن جملة هذه المعتقدات الخاطئة الاعتقاد بصغارة الذات وانحطاطيتها نظراً لتعاطيهم الخمرة أو المخدر، وضعف الأداء، وعجزهم عن التعامل مع المشاعر القوية الجامحة تعاملا ناجحاً وأمثال هؤلاء إذا طلبنا منهم أن يقوموا ذواتهم ويثمنوها نجد عندهم الميول القوية نحو التقويم السلبي. وليعلم المعالج أن الأفراد الذين لديهم قصة ادمان مزمنة ويعانون من اختلاطات ناجمة عن هذا الادمان يتعين عليهم أن يبدلوا معتقداتهم المحقرة لذواتهم إن أرادوا أن يقلعوا عن ادمانهم ويتغلبوا على عادة الادمان المؤذية الضارة.

يمكن تشجيع المتعالجين بصورة مباشرة على الحديث عن ذواتهم والقيمة أو المرتبة التي يصنفون بموجبها ذواتهم وذلك عن طريق طرح الأسئلة عليهم والحوار المرتبطين بما يكلمون ذواتهم عن أنفسهم وبخاصة في المواقف التي تدعو للاحباط. ففي بداية الجلسات العلاجية يمكن أن يضمن المعالج اجراء نقاش عام مع المتعالج عن ماذا يفكر الكحولي أي الحديث عن سوء التأويل وسوء التصور لذاته وعن ماذا تعنيه مشكلة الكحول بحيث يمكن مكافحة مثل هذه التأويلات والتصورات الخاطئة ومناهضتها[1]. وليعلم المعالج أن الكحوليين كثيراً ما يماثلون بقية البشر عندما يبدأون بتعاطي الخمر، فكلما أمعنوا وطالت مدة شربهم للخمر تزايدت مشكلات الكحول واختلاطاتهم على جميع الأصعدة (السلوكية والصحية والنفسية والاجتماعية والأسرية)، ومثل هذه المعلومات يمكن استثمارها من أجل مناهضة التصور أو الفكرة التي تقول أن الكحوليين هم لا محالة واقعون في متاعبهم، لا يقدرون على التخلص من ادمانهم. فهناك آلاف وآلاف الكحوليين الذين استردوا صحتهم وتخلصوا من ادمانهم. وهذا ما يثبت أنه في الوقت الذي يعد الفرد كحولياً، إلا أنه إذا ما عزم على ممارسة التمارين الخاصة بالضبط الاشراطي لسلوكه ونزوعه الادماني، وهذا بلاشك في متناول قدرته وارادرته، فإنه سينجح كما نجح غيره من المدمنين في التخلص من ادمانه

ولابد من التنويه هنا الى مسألة كثيراً ما تزعج الكحوليين والمدمنين على المخدرات هي الاهتمام المفرط المثالي بالسيطرة على

---

١ - راجع الفصول السابقة بهذا الصدد.

الذات. فبعض الكحوليين يصرون على قدرتهم بالتوقف عن تعاطي المشروب إذا ما رغبوا ذلك، ولكنهم لا يرغبون اتخاذ هذا القرار الآن. وهذا الموقف يمكن أن يُعبر عنه بالصيغة التالية: انهم إما يمتلكون السيطرة التامة على ذواتهم أولا يمتلكونها ومثل هذا الاعتقاد بالذات يجب مقاومته، والتباحث مع المريض حياله. والحوار المناهض لهذا المعتقد حيال الذات هو أنه لا توجد كائنات انسانية تمتلك السيطرة المطلقة على ذواتهم، وعلى الأشخاص الآخرين، أو على الدنيا. وبالتحديد فإن الكائنات البشرية هي ليست معصومة عن الخطأ وناقصة غير كاملة. فالكمال هو لله عز وجل وحده دون سواه، والعصمة من الخطأ هي من صفات خالق الكون. وإذا كان هناك استعداد مسبق لظهور مشكلات بفعل الكحول على أساس كونها بيولوجية، فإن الأمر لا يكون منطقياً أن نعزو الأسباب التي يعانيها فرد يشرب الكحول الى وجود علة في قوة ارادته أو في السيطرة على الذات.

ومن المشاهد أن المعالجين يركزون على مساعدة المرضى على ربط التدبر بمشكلاتهم الكحولية الى عوامل السيطرة الذاتية الداخلية، كأن يطلبوا منهم مثلا أن يصرحوا كيف يتكلمون مع ذواتهم، وإلى أي حد يتعاملون تعاملا جيداً وناجحاً مع المثيرات العاطفية والموقفية التي تشجع وتغري بشرب الكحول أو تعاطي المادة المخدرة. وبمعنى أوسع وأشمل كيف يكونون قادرين على اثابة حياتهم بدون الاعتماد على شرب الكحول أو تعاطي الدواء المخدر. وباختصار فإن ما نضيفه بدقة هنا هو أنه بينما يميل المريض الى أن

يـربط سبب ادمانـه بعوامـل خارجيـة فيجب الا ينسى أيضاً أن يتعلم ربط التدبر باضطرابـه بالعـوامل والحـوادث الداخليـة التي لها عـلاقة بـالسيطرة الـذاتية بمثـل المواقف المتبـدلة المتغيـرة والجهود الشخصيـة الرامية الى الشفاء.

وناحية أخرى جديـرة بالـذكر هي أن المـرضى لا يتخذون فقط مواقف تقربهم من الكمال بالنسبة لادمانهم عـلى الخمر ومـا يرتبط بـه من مشكلات تتأتى عن تعاطيهم لها ولكن أيضاً غالباً ما نجـد عندهم مطلباً جبرياً بالنسبة للناس والعالم الذي هو من حولهم. وأن مناهضة «ذاك المطلب المشابه للمطلب الالهي» بطرق متعددة هـو أمر عـلاجي هام. على المستوى المثالي يطلب الكحولي أن تكون لديه «قوى الالـه» في السيطرة على الذات. وإذا لم يمتلك مثل هذه القوى فهو إذن انسان محبط لا قيمـة له ولا وزن فـاقـد العـون بـائس أمـام العـالم المتخبط. وبـالطبـع إن مثل هـذا المطلب لا يمكن أن يمتلكـه فهو انسـان وليس إلهاً، وأن محاولاته الرامية الى اتقان السيطرة على الذات اتقانـاً كامـلا مثالياً أو السيـطرة على الآخـرين، أو على العـالم هي محاولات خيـالية عجماء، بلهاء خرافية لايكون مصيرها الا الفشل والاحبـاط واليأس، وهذا ما يقوده الى لعن ذاته ولومها وذمها وقدحها.

ومن خـلال توعيـة المريض المتعـالج الى هـذا المعتقـد الخـرافي (السيطرة التامة والكاملة على الذات أو على الآخرين) ومس ثم اعـادة تحـديد معنى السيـطرة على الـذات من التعريف المطلق الى التعريف النسبي، فإن المعالج يقدم نفعاً كبيراً الى المريض المتعالج.

إن اللوحـة رقم (١٠) تحدد لنـا عدداً من المعتقـدات الخاطئـة

والأحاديث مع الذات التي تدور حول ذوات المدمنين وعن مفاهيمهم الخاصة بقوة السيطرة على الذات، ويقابلها الأحاديث مع الذات المنطقية البديلة عن الأولى.

وننوه الى أن الأحاديث مع الذات المناهضة المضادة للوم الذات وذمها هي نوع من فلسفة قبول الذات. ومن خلال تطبيق أسلوب العلاج الفكري ـ الانفعالي على الكحوليين والمدمنين على المخدرات من المناسب أن ينتهز المعالج الفرصة كيما يثير المسائل المتعلقة بقبول الذات ما أن تظهر خلال المعالجة وغالباً ما يسمع المعالج من المرضى المدمنين المقولات التي تعود باللوم والتحقير لذواتهم لأنهم لم يبذلوا جهودهم أكثر مما ينبغي من أجل التوقف عن الشرب وفي تعلم التدبر الذاتي بالعلاج الانفعالى ـ العقلاني أو الفكري.

ومثل هذه المقولات المضادة للذات التي يظهرها المتعالجون خلال سير العلاج تزود بالفرص المناسبة للتحدث مع هؤلاء المرضى عما نسميه بفلسفة قبول الذات التي تقوم على تقويم السمات الشخصية، وأيضاً الأداء والانجازات وليس تقويم ذواتهم بكليتها.

وتدل الخبرات السريرية على أن هذه مسألة تبدو صعبة بالنسبة لكثير من الناس وبخاصة عند الكحوليين ومدمني المخدرات في استيعابها، الاّ أنه من المناسب وعلى المدى البعيد، أن يستطيع المتعالج التوقف عن تقويم ذاته وينصب تقويمه على عمله وأدائه وذلك بغرض الحد من اضطراباته الانفعالية مستقبلياً

ومن ناحية أخرى إن قبول الذات غير المشروط يقدم للمتعالج

في أغلب الأحيان برنامج الوقاية من الاكتئاب الأولي. ونحن نعلم أن الاكتئاب غالباً ما يترافق مع الانتكاس والارتداد الى شرب الكحول، لذا فإنه من المناسب أن يتضمن العلاج الانفعالي ـ العقلاني مسألة قبول الذات عند المريض المتعالج المدمن.

وعلى المعالج أن يجهد في انتهاز كل فرصة كيما يعلم المريض المتعالج ويرشده الى مناهضة الصاق المريض بذاته أو ادانة نفسه بأسباب الفشل وتحقيرها وذمها وباليأس والفشل. وعلى المعالج أن يحفز المتعالج على التعامل مع المشكلة وليس اتخاذ مواقف سيادة Mastery attitude. فحتى الأشخاص الأكثر حكمة وعقلانية في البشر يبدون في بعض الأوقات غير منطقيين. ويكمن مفتاح العلاج وسره هو في تمكين المريض بالتعامل Coping مع انسانيته ولكن بدون ذمها، تقريعها وتحقيرها وكأنه معصوم عن الخطأ، وليعلم المتعالج أن القصة التاريخية للادمان عند المدمن ترتبط بانسان وذلك قبل أن يلج في مشكلات الادمان ومتاعبه واختلاطاته. وسيظل المدمن كانسان غير معصوم عن الخطأ حتى بعد توقفه عن تعاطي مادة ادمانه، لذا فإن تشجيع المريض على اتخاذ موقف تحمل لا خطائه وقبول ذاته من شأنه أن يخفف عنه الكثير من الاختلاطات الانفعالية والصعوبات المستقبلية. ولعل الموقف الأمثل الواجب أن يتعزز في معتقد المتعالج المدمن هو أن يقبل ذاته قبولا غير مشروط، أي بتعبير آخر أن يقبل ذاته في الخطأ والصواب، في الانتكاس وفي تصحيح الانتكاس، ومثل هذا القبول هو نقطة جوهرية جداً في السير العلاجي نحو الشفاء.

اللوحة رقم (١٠)

المعتقدات الخاطئة حول الذات وما يقابلها من معتقدات صائبة بديلة مناهضة

المعتقد الخاطىء	المعتقد البديل العقلاني
١ ـ يجب عليَّ أن أسيطر على ذاتي في الشرب أو في تعاطي المخدر.	١ ـ أشعر بحفز شديد بالتدبر بمسألة شربي للكحول وعليَّ أن لا أنسى فأنا لست إنساناً كاملا.
٢ ـ الناس الذين ارتكبوا أعمالا مخيفة تماثل أعمالي هم أشخاص سيئون، وسيظلون على هذه الصفة	٢ ـ السلوك السيء لا يقابله ولايعادله شخص سيء. وهذا السلوك السيء هو من خصائص الانسان غير المعصوم عن الخطأ، وعند ذم الذات فكأنك تطلب أن تكون الذات معصومة عن الخطأ، وهذه صفة غير موجودة في البشر
٣ ـ لتحظى بقيمة في مضمار مجتمعك يجب أن تكون محبوباً ومقبولا من كل فرد، وحيث أنني أقلعت عن عادة الادمان لذا عليَّ أن اجهد أكثر من أي وقت مضى لارضاء الناس.	٣ ـ لا يمكنك أن تقوم الفرد بمعيار من يحبهم أو يكرههم، فالمثل يقول ارضاء الناس غاية لا تدرك.
٤ ـ أنا انسان محطم وفاقد القيمة الذاتية والاعتبار في مجتمعي بسبب ادماني.	٤ ـ انا لست محطماً ولا فاقد اعتبار الذات بل أنا شخص مخطىء فقط.

المعتقد الخاطىء	المعتقد البديل العقلاني
٥ ـ أنا مقرر لأن أبرهن لهم من أنا سيرون ذلك قريباً.	٥ ـ أنا لا أستطيع أن أبرهن على وزني وكل ما أفعله سأحسن سلوكي.

الفصل السادس

تقنيات نوعية في تطبيق العلاج الانفعالي ـ العقلاني على المدمنين (الكحول أو المواد المخدرة)

رغم أن العلاج العقلاني ـ الانفعالي يتضمن اعادة بناء التفكير أو البنية المعرفية ومناهضة الأفكار، فإن هذا العلاج هو دوماً وأبداً يتضمن عدة تقنيات سلوكية وانفعالية كما وأن هذا النمط من العلاج يشجع على الأخذ ببعض الأساليب العلاجية التي تفترض أنها تحفز وتشجع حدوث تبدلات عميقة وتفضيلية عند معظم المرضى (Bernard 1986, Ellis 1985).

في هذا الفصل سنتكلم عن معظم التقنيات المعرفية للعلاج الانفعالي ـ العقلاني الهامة التي غالباً ما يؤخذ بها وتطبق عند علاج مرضى الادمان على الكحول والمخدرات.

١ ـ مناهضة المعتقدات الخاطئة:

كما ذكرنا في الفصول السابقة يركز العلاج العقلاني ـ الانفعالي على مناهضة المعتقدات والأفكار الخاطئة مناهضة ماحقة لا هوادة فيها والتي تؤول وتؤدي الى ازعاج أصحابها وخلق اضطرابات انفعالية حيال مسألة الادمان (أو أي مشكلة أخرى غير محددة) ولتعميق مفهوم المعالج أو القارىء عن هذه التقنية نذكر له أهم أنواع المناهضة:

أ ـ مناهضة تعابير الالزام والجبرية والمطالب (musts, shoulds, demands)

المعتقد الخاطىء:

يتحتم عليَّ أن أكون قادراً على شرب الكحول بالمقدار الذي أرغبه، والاً أعاني من النتائج الشيطانية». الآن لنحلل ما يجب مناهضته في هذا الحديث مع الذات الذي ذكرناه.

١ ـ المناهضة disputing لماذا يتحتم عليَّ وهذه صيغة فيها صفة الالزام.

المعتقد الخاطىء: «لأننى أرغب فيه».

٢ ـ المناهضة: «لماذا يتحتم عليك أن تحصل على ما ترغبه».

المعتقد الخاطىء: «لأنني سأشعر بالراحة بأفضل ما كنت أو ما أنا عليه الآن».

٣ ـ المناهضة: «قدم البرهان على أنك فعلا ستشعر بشعور أفضل من السابق من خلال تعاطي الكحول أو المخدر».

المعتقد الخاطىء: «لأنه من المستحسن أو أنه لأمر جيد أن يشعر المرء بالارتياح».

٤ ـ المناهضة: «إنه لمن المستحسن: أين البرهان:

ـ ان عليك أن تنال الأمور الجيدة وأحسنها

ـ وانك ستحصل عليها على المدى البعيد بالشرب أو تعاطي المخدر بالمقدار الذي ترغبه؟

ـ جواب المتعالج الذي طرحت عليه تلك التساؤلات: أعتقد أنه لا توجد أية دلالة أو برهان على مقولتي السابقة الذكر،

علي في الواقع ألا أشرب حتى عندما أرغب بالشرب.

- المعالج: بالطبع عليك الأّ تشرب الآن يستحسن أن تقنع ذاتك بهذه النتيجة التي توصلت بقراءتها كل يوم لعدة مرات حتى تصبح شديد الاعتقاد بها

ب - مناهضة تضخيم الحوادث وتهويلها باستخدام تعبيرات: مخيف، مريع:

المعتقد الخاطيء المراد دحضه هو التالي:

«إنه لأمر مخيف اذا لم أشرب الخمر أو لا أتعاطى المخدر لذلك لابد وأن أشعر بالقلق.

١ - المناهضة: «لماذا هذا الأمر مخيف؟»

الاعتقاد الخاطيء: لأن الأمر مزعج جداً

٢ - المناهضة: «انه لأمر مزعج، ولكن ما الذي يجعل الازعاج فيحوله الى أمر مخيف أو مريع؟»

الاعتقاد الخاطيء: لأنك لا ترغب أن يكون الأمر سيئاً للدرجة الموصوفة.

٣ - المناهضة: «لذا فأنت تسير إذن الكون - أليس هذا صحيحاً؟»

الاعتقاد الخاطيء: كلا ولكن يجب أن أتمكن من السيطرة على انزعاجي

٤ - المناهضة: «هذا أمر كبير، ولكن هل تقدر على ذلك وتفرضه على نفسك؟»

جواب المتعالج: كلا، أعتقد أنني لا أمتلك ما يجعلني أكثر

سروراً وارتياحاً، وقد أتمكن من التعامل مع قلقي والسيطرة عليه بدون اللجوء إلى المسكر

المعالج: أراهنك أنك تستطيع ذلك.

جـ ـ مناهضة الاعتقاد: لا أستطيع تحمل ذلك:

المعتقد الخاطىء المراد دحضه هو التالي:

«لا أستطيع تحمل ذلك عندما أشعر بنزوع ملحاح لأخذ المخدر أو الكحول في حين لا أرغب في تناوله»

١ ـ المناهضة: «أنت لا تحب الشراب، إذن أرني لم لا تستطيع البقاء بدونه؟».

المعتقد الخاطىء: إنه لمؤلم جداً أن أمتنع.

٢ ـ المناهضة: «إن الامتناع عن تناوله هو مؤلم، ولكن لماذا الامتناع عنه هو أمر مؤلم جداً؟»

المعتقد الخاطىء: «لأن الأمر كذلك».

٣ ـ المناهضة: هل لا تستطيع تحمل الامتناع عنه وتكون سعيداً؟ ألا يوجد شيء آخر تستطيع الاستمتاع به إذا أوقفت جميع الأدوية المخدرة أو الكحول؟

المعتقد الخاطىء: بلا، ولكن لا أستطيع أن أتمتع بالسعادة بما يجب أن يكون؟

٤ ـ المناهضة: من أين أتيت بكلمة يجب أن يكون؟

جواب المتعالج: الحق أني اختلقت هذا التعبير وابتدعته عن ذاتي.

المعالج: إذن لا مندوحة إن ابتغيت ايقاف تعاطي الأدوية المخدرة وتكون أكثر سعادة في حياتك ما عليك الا أن تتوقف عن هذا الابتداع.

د ـ مناهضة تحقير الذات وتصغيرها:

المعتقد الخاطىء المراد دحضه هو التالي:

«الآن وقد نكصت على أعقابي فعدت الى شرب الكحول (أو تناول المخدر) أنا هذا الملعون السيء أشعر بالحقارة والضعف».

١ ـ المناهضة: «أنت لست سيئاً لأنك عدت الى شرب الكحول، ولكن كيف حدث ذلك؟ بلاشك أن عملك الطائش الجنوني هو الذي جعلك في حالة سوء (لاحظ في هذه المناهضة المعالج لم يتناوله بالذم «أي المريض» ولكن ذم عمله وفعله).

المعتقد الخاطىء: «لأنني فعلته».

٢ ـ المناهضة: «إنك فعلت الكثير من الأمور الحميدة الجيدة الأخرى وأشياء محايدة أيضاً، فهل أنت شخص جيد عندما تؤدي فعلا طيباً جيداً مثل انقاذ انسان من الغرق؟».

المعتقد الخاطىء: إذا ما استمريت في تناول المسكرات واقدمت على القيام بأفعال سيئة منكرة، فإن هذا بالتأكيد من شأنه أن يجعلني شخصاً فاسداً.

٣ ـ المناهضة: «إذا كنت حقاً فاسداً غارقاً في الفساد، وذا نفسية نتنة مارقة، فأنت لن تفعل دوماً الا الأشياء المنكرة السيئة، وهذا

بالطبع مستحيل على مستوى الـواقع)، بـل وحتى لو كـان ذلك، فأنت واقعياً لن تكون شخصاً سيئاً».

المعتقد الخاطىء: بل قد يكون كذلك.

٤ ـ المناهضة: «أشك بذلك، بالنسبـة للانسـان الفاسـد لابد من أن تضمن أنه سيقوم بأفعال الشيطان مستقبلا، ويستحق اللعنة لأنه ولد ونشأ وتربى على الخطأ. الآن هل هنـاك فرد حكم عليـه دوماً لفعله السيء أو ليكـون سيئـاً وإذا كـان سيء الحظ فهـل الكـون برمته يلعنه؟

جواب المتعالج: بدأت أرى رؤية صحيحة، أنت تسـاعدني كيـما أؤمن أنه لا يوجد ما يمكن أن نقوله بالانسان الذي يستحق اللعنة عليه والفاسد فساداً مطلقاً ويكون دوماً كذلك طوال حياته.

المعالج: نعم ومن ضمنهم أنا.

هـ ـ مناهضة الحتمية واليأس:

المعتقد الخاطىء المراد دحضه هو:

«بما أنه يتعين عليَّ الاَّ أشرب الخمر ثـانية، وفعلت مـا يجب الاَّ أفعله لذا فإن وضعي ميؤوس منه».

١ ـ المناهضة: «كيف بامكانك أن تقدم البرهان عـلى أن الأمور تـظل ثابتة لا يطرأ عليها أي تبديل؟».

المعتقـد الخاطىء: «أنـظر كم مرة حـاولت فيها الامتنـاع عن الكحول ولكن فشلت في هذه المحاولات، أليس هذا هو الدليـل أنني عاجز عن ذلك؟».

٢ ـ المناهضة: «كلا»، إن هذا هو ما يدل ويبرهن أنك لم تمتنع عن تعاطي الكحول بل إن الصعوبة في الامتناع هي التي تعترض ذلك. والصعوبة الكبيرة التي تؤمن بها لا تعني الاستحالة، مالم تعتقد كذلك، وبالتالي أي عندما تعتقد أنه يستحيل عليك الاقلاع عن الكحول أو تعاطي المخدر تجد هذه القناعة حقيقة.

جواب المتعالج: قد تكون على حق، سأفكر بما قلته لي.

٢ ـ اللجوء الى التعامل والتصدي أو الأحاديث مع الذات العقلانية المنطقية:

بالاضافة الى مناهضة المعتقدات الخاطئة، يمكن للمعالج أن يطلب من المدمن تخيل المعتقدات الخاطئة، أو التعامل مع تلك المعتقدات بتبديل الحديث مع الذات، أي مناهضة المعتقد تخيلياً، وهذا ما يساعد المتعالج على السيطرة على شرب الكحول أو المخدرات وعلى مشكلاته الانفعالية والسلوكية. فمثلا يمكنك أن تطلب من المدمنين محاكاة المناهضة للمعتقد الخاطىء بالأحاديث مع الذات المذكورة أدناه وإذا لم يفلحوا في ذلك فيمكنك أن تقترح لهم الأحاديث مع الذات، وفي هذه الحالة الأخيرة يكتب الزبون المدمن المتعالج الأفكار الصادة للمعتقدات الخاطئة على بطاقات، أو يسجل هذه الأفكار على شريط صوتي، ويردد هذه المقولات المبدلة للمعتقد الخاطىء على ذاته ويظهر لها لماذا أن هذه الأفكار الصادة المناهضة هي حقيقة وعقلانية. يتم ترديد هذه العبارات المسجلة على شريط صوتي أو المكتوبة على بطاقات عدة مرات يومياً.

من شروط المقولات الموجهة للذات أي الأحاديث مع الذات أن تكون:

أ ـ واقعية وتجريبية.
ب ـ فلسفية تعاملية مناهضة
جـ ـ أحاديث مع الذات ايجابية تنهض بالهمة وتشجع.

واليك أيها القارىء أمثلة عن تلك الأحاديث بشروطها التي ذكرناها:

١ ـ أحاديث مع الذات ذات صفات مناهضة تعاملية واقعية وتجريبية أمثلة عليها:

«إذا ما خانتني نفسي وطاوعتها فأخذت رشفة خمر أو تعاطيت المخدر لمرة واحدة فليس معنى هذا أنني فقدت قدرتي على الاقلاع عن الخمر أو المخدر».

«من الصعب ايقاف شرب الكحول أو المخدر ولكنني أستطيع ذلك».

«عندما يرفض الناس دعوتي إليهم فليس معنى هذا أنني قمت بعمل سيء أستوجب رفض دعوتي».

«إن اقدامي على فعل أحمق يجعل مني هذا الفعل انساناً تصرف تصرفاً أحمق ولكن ليس بالشخص الأحمق».

«إن توقفي عن تعاطي الشرب أو المخدر هذا لا يعني أنه ليس لدي مشكلات جدية وشديدة».

«أشعر بالنشوة والسعادة عند الشرب ولكن هذا لا يدل أو يبرهن

أنه أمر حسن ومحمود إن تعاطيت الشرب».

«أتعامل تعاملا أفضل، وأتكيف تكيفاً جيداً مع الناس الذين لا يشربون المسكرات ولا يتعاطون المخدرات».

٢ ـ الفلسفة التعاملية المناهضة (أحاديث مع الذات):

«إنه لمن الصعوبة بمكان أن أتوقف عن تعاطي الخمر أو المخدر ولكن الأصعب من ذلك أن أستمر في تعاطيه».

«أنا لا أحتاج الى شرب المسكر أو تعاطي المادة المخدرة عندما أكون قلقاً».

«حتى لو كنت أشعر بميل شديد لأخذ جرعة كافية من الخمر، فعلي ألاّ أستجيب لهذا الميل».

«إنه لن يكون الأمر مخيفاً إذا رفضت ولكن أكون منزعجاً»

«أستطيع دوماً أن أختار قبول ذاتي، حتى لو قمت بأفعال خرقاء مثل أخذ المخدر أو المسكر».

«عندما أرتكب خطأ كبيراً بشرب الخمر أو تعاطي المخدر، فهذا يبرهن على أنني معرض للخطيئة، ومع ذلك فالأمر يظل مقبولا لأنني انسان غير معصوم عن الخطأ».

٣ ـ الحديث مع الذات المشجع:

«مع العمل الدؤوب أنا متاكد أنني أستطيع الاقلاع عن المسكر أو المخدر وأظل ممتنعاً مفطوماً عنه».

«أنظر لقد رفضت جرعة واحدة من الخمرة انه لأمر كبير اعتز به».

«في الواقع أرغب في الطريق الذي يشعرني أنني صبور حكيم».

«ياله من نجاح لقد مضت ثلاثة أشهر ولم التقط رشفة خمر واحدة (استنشاق حفنة صغيرة من الكوكايين)».

٤ ـ التفكير الايجابي، أو الأحاديث الايجائية مع الذات.

«الآن وقد رفضت شرب الخمر أو المخدر، فأنا متأكد تماماً أنني لن أرشف جرعة واحدة من الخمر».

«إذا ما توقفت عن تعاطي الخمر أو الأدوية المخدرة، فبامكاني انجاز أي شيء أرغب في تحقيقه في حياتي».

«في كل يوم وفي كل طريقة أطبقها أشعر بأنني أحسن حالا وعلى ما يرام».

«العلاج العقلاني ـ الانفعالي هو دواء لكل الشرور».

«إذا كنت أؤمن في القوة العليا وفي عون الاله فإنني بلاشك سأتوقف بسهولة عن تعاطي المشروب أو المخدر طوال الحياة».

٣ ـ فتح سجل لرصد المشاعر من لذة أو ألم:

يجد المعالج أن الكحوليين أو متعاطي المخدرات يؤكدون على ما ينتابهم من مشاعر لذة ومسرة تعاطي المخدر أو الكحول والألم الناجم عن حرمانهم من تعاطيه.

إن المعالج الذي يأخذ بالعلاج العقلاني ـ الانفعالي عليه أن يدرب المتعالجين كيف يسجلون ويرصدون في دفتر يومي الآلام والمعاناة الناجمة عن ادمانهم والمسرات المتأتية عن الاقلاع عن الادمان، ومن ثم يطلب منهم أن يقرأوا هذه النقاط التفاضلية المقارنة عدة مرات يومياً (Ellis, Becker 1985) نذكر على سبيل المثال بعض

المقولات المناسبة الملائمة التي يتعين على المدمن أن يقرأها كل يوم لمدة عشرة أيام.

أ ـ آلام، مشاحنات، وشرور شرب الخمر أو تعاطي المخدر

- اتصرف تصرفاً أرعن مجنوناً.
- الأداء السيء.
- فقدان الأصدقاء، والزوج والرفاق.
- الرفض من جانب الناس.
- فقدان العمل وحرمان لقمة العيش.
- خسارة الترقي في العمل وزيادة الراتب.
- تبديد الوقت.
- الدخول مع الناس في مشاجرات وخصومات.
- التعرض للحوادث.
- الحاق الأذى بالغير وما يترتب عن ذلك من اجراءات قانونية جزائية.
- تبديد المال على المخدر والمسكر
- فقدان الصحة البدنية والنفسية
- التعرض لضعف القدرات العقلية كالنسيان والتقهقر العقلي.

ب ـ حسنات ومميزات الاقلاع عن الخمر والأدوية المخدرة:

- التمتع بالصحة الجيدة.
- التفكير العقلاني السليم.
- توفير المال واكتسابه.
- التصرف بذكاء وفطنة

- الانجاز الجيد.
- كسب الأصدقاء والاحتفاظ بالصداقات.
- التعامل تعاملا بناء ومتكيفاً مع المحبين والأصدقاء.
- مساعدة الآخرين واسعادهم.
- العيش لمدة أطول.
- التمتع بالنوم العادي السوي.
- استخدام الوقت استخداماً مفيداً ونافعاً وتوافر الطاقة.
- اكتساب الانضباط والسيطرة الذاتية

٤ ـ تطبيق تقنية تشتيت الفكر:

يأخذ العلاج الانفعالي ـ العقلاني بالأنـواع المختلفة من تشتيت الفكر في علاج المدمنين على الكحول والمخدرات (على غرار ما يـطبقه على الاضطرابات النفسية الأخرى)، من هذه التقنيات المشتتة للبنيـة المعـرفيـة (الفكـر)، أسلوب جـاكبســون (١٩٤٢) في الاسـترخــاء المتصــاعـد المتــرقي Progressive relaxation واليـوغــا، والتــأمــل meditation وتمـارين التنفس، والتغذيـة البيولـوجية الـراجعة (Ellis, 1985 Abrahms 1978).

وهذه الطرق المشتتة للفكر وللانتباه تعمل في تهدئة الكحولي أو المدمن على المخدرات، وتعيق من النزوع نحـو ولعه الادمـاني، وهي بحق تتسم بالفعل المضعف للقلق والتـوتر ولكنهـا غير شـافية، فبعـد عشر دقائق من الاسترخـاء، وتخفيـف القلق الذي عـادة يدفـع المدمن الى الشرب، نجده وقـد عاد الى تفكيـره اللاعقـلاني، ومن ثم يسعى

الى اقناع نفسه ليقول لها:
«يتعين عليَّ أن أكون محافظاً تقليدياً الى حد كبير» وليس في استطاعتي تحمل قلقي وانزعاجي حيال كوني تقليدياً مبالغاً في المحافظة ومثل هذا الكلام مع الذات السلبي المضعف لتحمل الاحباط من شأنه أن يعود المتعالج الى البحث عن الخمر أو المادة المخدرة كيما يسترد الشعور أنه بحالة جيدة».

فالمعالج الذي يستعين بالعلاج العقلاني ـ الانفعالي عليه أن يمزج دوماً ويشرك التشتت الفكري وتقنيات الاسترخاء مع طرق مناهضة الأفكار الخاطئة. ويحسن أن يظهر المعالج للمريض كيف يسترخي ويضعف من توتره وقلقه وبخاصة قلق الانزعاج، ومن ثم يشجعه على اللجوء الى تطبيق المناهضة للأفكار الخاطئة اللاعقلانية وفق أسلوب العلاج العقلاني ـ الانفعالي كيما يتعامل تعاملا ناجحاً مع توتره العصبي وتخليص ذاته منه.

٥ ـ التقنيات التثقيفية السيكولوجية المستخدمة في العلاج العقلاني ـ الانفعالي:

من المعلوم أن العلاج العقلاني ـ الانفعالي هو ملائم للعلاج الفردي والجماعي، كما وأنه بدأ يأخذ طريقه ليكون أيضاً من وسائل التثقيف النفسي حيث نشرت الكتب والنشرات، والاشرطة الصوتية عن هذا العلاج (Ellis, Becker 1984). ونجد أيضاً هذا النوع من العلاج يسوق في وسائط الاعلام المختلفة في الولايات المتحدة

الأمريكية، وبخاصة علاج المدمنين على الكحول والأدوية المختلفة المخدرة ومن الميادين التي طرقها هذا العلاج وصدرت كتب عديدة عنها هي: كيف تعيش مع الشخص العصابي؟ (Ellis 1957)، وممارسة الجنس بدون شعور بالاثم (Ellis 1958)، والمرشد في الزواج الناجح (Harper 1961) وكيفية التغلب على المماطلة والتسويف (El-lis, knaws 1977)، والمرشد الحديث للحياة العقلانية (Ellis, Harper 1975)، والدليل نحو السعادة الشخصية (Ellis, Becker 1982).

ونجد في الأسواق الأمريكية الأشرطة الصوتية العلاجية التي تساعد المدمنين على الكحول والمخدرات على التغلب على القلق، والاكتئاب وتحملهم الضعيف للاحباط، الاضطرابات التي غالباً ما تكون المسئولة عن انتكاس المريض ورجوعه الى ادمانه وما يترتب عن هذا الانتكاس من مشاعر متباينة تسيطر على ساحة تفكيره مثل تقريع الذات وتحقيرها نتيجة تخاذله ورجوعه الى الخمرة أو تعاطي المخدر.

٦ ـ اعادة تأطير التفكير أو المشكلة Reframing:

إحدى التقنيات الخاصة بالبنية المعرفية (الفكرية) التي يأخذها العلاج الانفعالي ـ العقلاني، هي إظهار المتعالج كيف بامكانه اعادة تأطير ادراكه أو فكره حيال معتقده بمسألة منافية «سيئة مزعجة» تعد حادثة محرضة للتوتر والانزعاج bed activating events بشكل يحول هذه الفكرة أو المعتقد الى انفعال أكثر ايجابية (Ellis, Dryden 1987).
ويمكن تنفيذ اعادة تأطير الفكر أو المعتقد بالأمثلة التالية:
أ ـ رؤية الشيء الجيد الحسن من خلال الشيء المزعج السيء.

في مقدور المعالج أن يُظهر للمتعالج كيف بامكانه النظرالى الحوادث السيئة «الشيطانية» فيقبلها، ومن ثم يركز على العناصر الجيدة التي تنبثق عن الأولى أمثلة:

١ ـ رغم أنه لمن سوء الحظ أن أفصل من عملي، ولكن إذا ما أمعنت النظر في هذا العمل فقد لا أجد فيه ما يغريني على أن أعتبر فصلي أو فقداني له أمراً فيه خسارة كبيرة، بل وكارثة. فالأجور ضعيفة، والترقيات رهن الأمزجة، والاحتمالات للترفيع الى رتبة أو وظيفة أعلى ضعيفة والخ لذا فإن خسارتي لعملي ليس فيها ما يجعلني أتأسف كثيراً

٢ ـ حصولي على درجات منخضفة في المدرسة أمر غير مرغوب ولا هو مفرح، ولكن إن نلت درجات عالية قد يثير في نفوس رفاقي الغيرة والعداوة بل وحتي القطيعة والحاق الايذاء بي.

٣ ـ أن أُرفض من قبل محبوبتي أو خطيبتي، هذا الرفض قد يجنبني المسير نحو الزواج والوقوع في المتاعب وصراعاتها. وكما يقول المثل الشائع: عسى أن تكرهوا شيئاً وهو خير لكم. وهذا الرفض هو انذار لمصلحتي ألاَّ أسير قدماً نحو زواج متعثر ظهرت بوادره منذ الآن.

٤ ـ أنت مخطىء حقاً: عليك أن تعترف أنك كحولي مدمن، وأنه من الأفضل أن تحصل على دعم من أصدقائك ورفاقك لمساعدتك على البقاء مفطوماً معافى من الادمان. أن أكون كحولياً فهذا أمر سيء طبعاً، ولكن الاعتراف وقبول حالتي كشخص مدمن فهذا أمر لا غضاضة فيه وشيء مقبول جداً

٥ ـ لا يعرف أحد كيف يتحول المشروع الهام المثمر الى خسارة ليؤدي الى قلق وخسران وحسرة. ولكن لا أنسى أيضاً أن هذا يقود الى فضول ومغامرة.

ب ـ التعامل مع الأمور السيئة:

مهما كانت الحادثة سيئة الوقع، فى انعكاساتها على المشاعر والسلوك، في مقدور المعالج أن يساعد المتعالج على الاستبصار في التعامل وتصديه لهذه الحادثة وذلك من خلال الأخذ بالعلاج العقلاني ـ الانفعالي الذي يبدل نظرة المتعالج لهذا الموقف المثير لازعاجه، ويجعله عنيداً في رفض ما يزعجه وإليك الأمثلة لتكون أكثر فهماً لما نقصد (الأحاديث مع الذات).

١ ـ إن النكوص ثانية إلى التفكير الادماني قد يشجعك على قبول تحدي الكف عن الشرب بجميع صوره وبكليته.

٢ ـ العودة أو النكوص أكثر من مرة الى تناول المخدر وتعاطيه يمكن استغلاله كتحد لاستمرار قبول ذاتك قبولا غير منقوص بأنك انسان معرض للخطأ وأيضاً قبول السلوك الأرعن.

٣ ـ ن خسارة العمل أكثر من مرة قد تمنحك قوة التحدي من أجل عقد العزم على التفتيش على عمل ملائم ومستمر

٤ ـ احساسك بأنك على درجة كبيرة من الاضطراب قد يقودك هذا الاحساس وتلك المتاعب النفسية إلى البحث عن أسباب اضطرابك في نفسك، والتفتيش عن المعتقدات الخاطئة التي تسهم في خلق هذا الانزعاج، والأخذ بمأخذ الجد تقنيات العلاج العقلاني ـ الانفعالي من أجل تبديل ذاتك وازالة اضطرابك.

٧ ـ الوظائف البيتية الخاصة بتبديل البنية المعرفية (التفكير):

من مستلزمات وخصائص العلاج العقلاني ـ الانفعالي أنه يلزم المتعالج بأداء تمارين وتدريبات بيتية؛ سلوكية، وانفعالية، ومعرفية (فكرية)، ولعل أهم التدريبات والتمارين والوظائف البيتية التي يمكن اعطاؤها الى المتعالج المدمن على الكحول أو المخدرات هي التالية:

فتش في ذهن المتعالج عن الأحاديث مع الذات التي يستعمل فيها تعابير «يجب« «ولابد من كذا»، أي تعابير الالزام والجبر المفروض على الذات. قل لمريضك التالي:

الآن وبعد أن شرحت لك نظرية A B C التي تفسر العلاج العقلاني ـ الانفعالي، أرغب منك أن تفترض أنها صحيحة وواقعية، وعليك في هذا الأسبوع أن تراقب وتعاين مشاعر الانزعاج والاضطراب (مثل القلق والاكتئاب) والافعال التي تقهر الذات وتهزمها (مثل تعاطي المشروب والتسويف)، في كل مرة تشعر بالاثارة أو التهيج، أو تقوم بعمل ضد مصلحتك ما عليك سوى اعمال ذهنك في التفتيش عن التفكير الذي سبق هذه الاثارة أو التهيج وبالتحديد هل فرضت على ذاتك تعابير «يجب» أو «من الواجب أن أعمل أو أتصرف كذا ؟» وسجل هذه الأفكار والأوامر التي فرضتها على ذاتك في سجل أو دفتر (مذكرات) خاص، ومن ثم ضع هذه الأفكار الأوامرية في لائحة واجلب هذه اللائحة معك في الجلسة العلاجية المقبلة!!

هل فهمت المطلوب منك أداؤه كتمرين بيتي؟

التصدي (مناهضة) المعتقدات الخاطئة:

قل لمريضك التالي:

«الآن وقد أصبحت مقتدراً على التعرف على معتقداتك الخاطئة ـ أي الحتميات التي تفرضها على ذاتك» يجب ـ يتعين عليّ ـ من المفروض أن أقوم بكذا وبالتعرف أيضاً على العواطف المغالية التي تهزم الذات وتضعف التصدي والتعامل بنجاح مع المواقف إنه لأمر مخيف لا يمكنني أن أتحمله ذم الذات وانزال اللعنة عليها وتعميم الحوادث» الأحاديث مع الذات من هذا القبيل التي هي وراء متاعبك وانزعاجاتك النفسية عليك الآن التصدي لهذه الأفكار والمشاعر التي رصدتها وسجلتها حتى الوقت الذي تشعر فيه انك توقفت عن استخدامها، أي الكلام المبالغ فيه والأوامر التي تفرضها على ذاتك. أما الطريقة التي عليك اتباعها لمناهضة هذه الأفكار والحتميات المرصودة في اللائحة التي كتبتها والتي كنت تحدث ذاتك فيها فهي باتباع طرح الأسئلة العلمية على هذه الأفكار والمعتقدات الخاطئة، وكأنك تحاكمها وتضعها في قفص الاتهام وهذه الأسئلة العلمية التي تفند فيها هذه المعتقدات الخاطئة هي:

أ ـ لماذا يجب عليَّ أن أشرب قليلا من الخمرة وأن أكون متأكداً الاَّ أعود ثانية الى الاسراف في الشرب والثبات على الشرب؟

ب ـ أين البرهان أنني سألاقي فشلا ذريعاً إذا ما فشلت في أداء عمل هام.

جـ ـ برهن أن هذا الأمر مخيف عندما أشعر أنني منزعج لعدم تعاطي

المشروب أو المخدر.

د ـ أني مكبوت أنني لا أستطيع تحمل شعور القلق ـ وعليَّ أن آخذ رشفة من الخمر لأخفف القلق؟

هـ ـ بأية طريقة أنا انسان فاسد إذا ما نكصت على عقبي فشربت الخمرة ثانية أو تعاطيت المخدر ناكساً؟

٨ ـ أنموذج تقرير مساعدة الذات وفق اسلوب العلاج العقلاني ـ الانفعالي:

الأنموذج التالي هو المقترح والأحدث في أداء الوظيفة البيتية المتعلقة بتحليل ورصد الأفكار والمعتقدات، والمبتدع من قبل مؤسسة العلاج العقلاني ـ الانفعالي التي يديرها العالم الكبير البرت أليس والكائنة في مدينة نيويورك.

في هذا الأنموذج يتعين أن تشجع مريضك على إملاء هذا الانموذج بعد أن تشرح له طريقة إملائه وكتابته

أنموذج المساعدة (أو العون) الذاتية

Self-Help Repart

A ـ أ: الحوادث المنشطة أو المحرضة على شرب الكحول أو تعاطي المخدر:

الأفكار ـ أو المشاعر التي برزت قبل أن أشعر بالاضطراب الانفعالي (أي قلق الانزعاج) أو التصرف تصرفاً فيه قهر للذات وانهزامها هي: ______________________

____

C ـ ب : النتائج التي تمخضت عن تلك الأفكار والمشاعر السابقة ـ أي الانـزعـاج والاضـطراب النفسي ـ أو سلوك مضعف للذات هذه السلبيات التي أرغب بتبديلها وازالتها هي : ــ

B ـ جـ : المعتقدات : المعتقدات الخاطئة التي تقود الى نتائج (الاضطراب الانفعالي أو السلوك الهازم للذات) ضع دائرة حول جميع هذه الحوادث المنشطة (أ).

D ـ د : تصد لكل فكرة أو معتقد وضعت دائرة حوله مثلا «لماذا عليَّ أن أنفذ العمل جيداً». أين الدليل على أنني انسان سي- أين البرهان أنه يجب أن أكون مقبولا

E ـ هـ : المعتقدات الصائبة الواقعية المنطقية الفعالة المناهضة للمعتقدات الخاطئة (B).

مثال : «أفضل أن أقدم أداءً جيداً ولكن ليس أبداً يتوجب علي أن أقدم أداء جيداً». أنا رجل تصرفت تصرفاً سيئاً ولكن لست انساناً سيئاً. «لا يوجد برهان أنه يجب أن أكون مقبولا رغم أنني أفضل أن أكون مقبولا مرغوباً».

١ ـ يجب أن أتقن العمل.

٢ ـ أنا رجل سيء أو رجل تافه عندما تصرفت تصرفاً أحمق أو ضعيفاً

٣ ـ يجب أن أكون مقبولا محبوباً من قبل الناس.

٤ ـ احتاج الى أن أكون محبوباً من قبل انسان يهتم بشئوني كثيراً

٥ ـ أنا رجل سيء وشخص غير محبوب إذا ما إدركت أنني مرفوض من قبل بعض الناس.

٦ ـ يجب أن يعاملني الناس بعدل، ويلبوا حاجاتي.

٧ ـ يجب أن يكون الناس حسب ما أتوقع أن يكونوا والاّ يكون الأمر مخيفاً

٨ ـ الناس الذين يتصرفون تصرفاً لا أخلاقياً هم أشخاص فاسدون ضالون.

٩ ـ لا أستطيع تحمل الأشياء أو السلوك السيء أو الأشخاص الصعبين.

١٠ ـ يجب أن تكون في حياتي الازعاجات أو المشاحنات قليلة ومليئة بالسعادة.

١١ ـ انه لأمر مرعب ومخيف عندما تسير الأمور على غير ما أرغب وأشتهي.

١٢ ـ لا أستطيع تحمل الحياة عندما لا تكون غير عادلة جائرة.

١٣ ـ أحتاج الى كثير من المسرة الآنية ويجب أن أشعر بالشقاء عندما لا أحصل على ما أريد.

F ـ و: المشاعر والسلوك اللذان شعرت بهما بعدما وصلت الى المعتقدات العقلانية الصائبة وأخذت طريقها الى ذهني ______

____

سأكرر المعتقدات الصائبة العقلانية التي وصلت اليها على مسمعي فاخصص عشر دقائق كل يوم لقراءتها ولمدة ١٥ يوماً.

بحيث أبدل من تفكيري ومشاعري فأصبح أقـل اضطرابـاً وأتصرف تصرفاً بناء ليس فيه ما يضعف الذات مستقبلا.

الفصــــل السابع
التقنيات العاطفية (الانفعاليـة) النوعيـة التي تستخدم في علاج الادمان على الكحول والمخدرات

ترى النظرية العقلانية ـ الانفعاليـة أن المدمنيـن على الكحـول وعلى المواد المخدرة المختلفة يتمسكـون بمعتقداتهم الخـاطئة المـطلقة، وبـانفعـال شـديـد وبـالحـاح. وأن هؤلاء أيضـاً سبق وعـززوا هـذه المعتقدات تعزيـزاً قويـاً من خلال اجتـرارها والمـران عليها، وخبـروا الانفعالات والاضطرابات التي نجمت عن هذه المعتقـدات لفترة من الوقت، غالباً ما يعود ذلك الى زمن الطفولة الباكـرة. لذا فـإن علاج هؤلاء المـدمنين يحتـاج الى تقنيات دراماتيكية فعـالة قـويـة انفعـاليـة مستمرة من أجل اجتثاث جذور ادمانهم. لذا يمكن القول أن العلاج العقـلاني ـ الانفعالي هـو علاج متكـامل يتضمن العـديد من الـطرق المصححة للانفعال والعواطف السلبية التي سنأتي عـلى ذكرهـا بحيث يمكن للمعالج أن يدرب مريضه على كيفية استخدام هذه الطرق.

١ ـ تمارين وتدريبات الهجوم على مشاعر الخجل:

إن مشـاعر الخجـل، والانزعـاج أو الضيق، والتحقـير، هـذه المشاعر المنافية السلبية هي جوهر اضطراب النفس البشـرية، وغـالباً مـا نجد البشر ينـدفعون وراء تعـاطي الأدوية النفسيـة والمخدرات أو المشـروبات الكحـوليـة من أجـل التخفيف المؤقت العـابـر عن هـذه

المشاعر السلبية التي تنتابهم أو يعيشون معها. لهذا فإن العلاج الانفعالي - العقلاني يعد رائداً واختصاصاً نوعياً في ابتداع الطرق والتمارين المناهضة للخجل (Ellis, Becker, Harper 1975) والتي في مقدور المعالج استخدامها واستثمارها على أوسع نطاق في علاج اضطرابات الخجل (تحقير الذات) عند المدمنين التي تتأتى عن الفشل وعدم القبول من قبل الناس المحيطين بهم وأيضاً عن مشاعر الدونية الناجمة عن الفشل في التغلب على عادة الادمان على الكحول أو الأدوية المخدرة واليك التمارين المناهضة للخجل والشعور بالدونية:

«اغمض عينيك وتخيل عملا تستطيع القيام به وتعده أمراً مخجلا، أرعن، أو يدعو للسخرية والاستهزاء، وتشعر بالخجل إن قمت بهذا العمل امام الناس. وهذا العمل لا أن يكون السير عارياً في الشارع لأنه يجلب لك متاعب حقيقية، ولاضرب أحد من الناس لأن هذا السلوك يزعجك، ويزعج الناس الآخرين. فالفعل المخجل الذي نتصوره ونقصده في هذا التمرين هو ذلك العمل الذي ترغب تنفيذه ولكن يتعين عليك الامتناع عن ذلك. أو أن تتصرف تصرفاً أحمق ولكن عادة لا تفعله. تخيل بحيوة هذا الفعل واستشعر بالخجل.

الآن أطلب منك أن تفعل هذا السلوك وتنفذه (تخيلياً) أمام الناس. وخلال تنفيذك لهذا الفعل أو العمل المخجل، تعامل مع مشاعرك بحيث لا تشعر أنك خجول، منزعج أو شاعر بالاهانة رغم أنك ترى أن الناس يضحكون عليك ويفكرون بشذوذ فعلك وتصرفك. تخيل هذا الفعل المخجل كأن تلبس ألبسة غريبة، وفي

الوقت نفسه تتعامل مع مشاعرك فلا تشعر بالخجل.

هل فهمت هذا التدريب؟ مارس هذا التدريب عدة مرات في الأسبوع أفعالا من هذا القبيل تخيلياً؟؟

عليك أن تطلب من مريضك أن يختار تمارين المواقف المخجلة لتكون هدف تعامله معها. وأن يتمرن على ازالة التحسس منها تخيلياً وحتى ميدانياً في عالم الواقع، كل تمرين عدة مرات، إلى أن يشعر زوال تحسسه من الموقف أو الفعل المخجل غير المقبول اجتماعياً

إذا وجدت أن لدى المريض المتعالج صعوبة في ابتداع تمارين تهاجم خجله الاجتماعي بنفسه. يمكنك أن تقترح عليه التالي:

أ ـ تمارين نافعة حساسة وعملية للتغلب على الخجل.

- لا تعط ندل المطعم أو السائق أي عطاء مادي اضافي إذا كانت خدماتها سيئة.
- ارتد الألبسة أو الملابس التي تعد غير متآلفة مع الأزياء الحديثة الدارجة أو الألبسة التي لا تصلح للاستخدام.
- ارتد الألبسة المريحة لك بدون أن تراعي المناسبات التي توجب ارتداء ألبسة معينة رسمية.
- أخبر صديقك أو أحد أقاربك أنك مدمن على الخمر أو المخدرات (عادة يخجل المدمن عن الافصاح عن علته وعادته المخجلة اجتماعياً).
- أخبر الناس عن الأفعال السيئة التي ارتكبتها عندما كنت تحت تأثير الكحول.

- اعترف بمخاوفك وبتصوراتك لبعض الناس الهامين.
- إذا كنت تدخن لا تقدم لفافة تبغ الى الشخص الذي تتحدث معه رغم أنك تعرفه أنه يدخن.

ب - تمارين مزيلة للخجل تبدو خرقاء لا معنى لها.
- تكلم بصوت مرتفع وأنت راكب باصاً أو حافلة مع شخص.
- صافح شخصاً باليد اليسرى.
- كل «سندويشة» وأنت تسير في الطريق.
- اقرع جرس دار جارك في وقت غير مناسب (مساء متأخراً أو وقت الظهيرة) لتطلب منه حاجة يمكن تأجيل طلبها لوقت مناسب.

٢ - التخيل العقلاني - الانفعالي:

التمرين الموجه للمشاعر بواسطة التخيل العقلاني - الانفعالي هو من ابتداع ماكسي مولستبي Maxie Maulstby. وقد تم تعديله ليكون أكثر تعبيراً وملاءمة للعلاج العقلاني - الانفعالي (Maulstby, Ellis 1974). وهذا التمرين يمكن استخدامه وتعليمه للمريض المدمن:

«اغمض عينيك (الكلام موجه للمريض المراد تعليمه هذا التدريب) وتخيل بحيوية وبأقصى ما تستطيعه من واقعية أسوأ شيء يمكن أن يصيبك - كالانتكاس ثانية نحو شرب الكحول أو المخدر - فتصبح مخموراً مدمناً على الكحول - أو المخدر - ثانية، ويتعكر صفو حياتك فتضطرب حياتك الزوجية، ويسوء الوضع في عملك. تخيل

هذا الموقف الكارثي تخيلا حياً هل استطعت تخيله بحيوية وكأنه شيء واقعي؟ إذا كان الأمر كذلك، الآن كيف تشعر حقاً؟ ما هي حقيقة مشاعرك».

هنا ينتظر المعالج حتى يفضي المتعالج بالمشاعر المنافية التي انتابته مثل: القلق، الكآبة، الغضب، الشعور بالذنب، أو تحقير الذات وذمها. اطلب من المتعالج المريض أن يعبر عن مشاعره الحالية الناتجة عن هذا التصور. بعد أن يحدد هذه المشاعر قل له التالي:

«حسناً. الآن بدّل مشاعرك وحولها لتكون مشاعر انزعاج، أو تأسف، أو احباط، بدل شعورك ليكون هذا الاطار الجديد من المشاعر المنافية الخفية يأخذ شكل الانزعاج، أو الاحباط، أو خيبة الأمل وليس شعور القلق والاكتئاب أو ذم الذات. في مقدورك التدريب على هذا التمرين بتغيير المشاعر المنافية القاسية الى مشاعر مقبولة الآن مارس هذا التدريب وأخبرني عندما تشعر فقط بمشاعر إحباط أو خيبة أمل وليس كآبة أو ذم الذات».

انتظر حتى يحدث التبديل المطلوب فيعبر عنه المريض المتعالج (بمعتقد منطقي عقلاني) فيحول العواطف المنافية الكارثية الى أخرى مقبوله. وعادة يستطيع المريض المتعالج اجراء مثل هذا التبديل في الانفعالات والسيطرة عليها تلقائياً ولكن إذا ما تعثر، عليك أن تمده بحديث مع الذات يكرره مناهض عقلاني مثل، «إنه لمن السوء حقاً أنني وبصورة جنونية وحمقاء عدت الى شرب الكحول، ولكن مع ذلك أنا لست في حالة يأس لأنني أقدمت على ذلك، الآن دعني أعود

الى الامتناع عن الشرب مرة ثانية.

عندما يتمكن المتعالج من استعادة الكلام - مع الذات - المنطقي الذي بموجبه يستطيع تبديل مشاعره والسيطرة عليها ووضعها في الصورة التي يرغبها، قل له التالي: «حسناً، كما شاهدت، في مقدورك حقاً أن تبدل مشاعرك، الآن الذي أطلبه منك خلال مدة ثلاثين يوماً القادمة هو أن تتدرب على هذا التمرين التخيلي مرة واحدة يومياً على أقل تقدير، في بادىء الأمر تخيل بحيوية موقفاً أو شيئاً سيئاً مثيراً لانزعاجك حدث لك، ومن ثم تمادى بالقدر المستطاع مع انفعالاتك في التفاعل مع هذا الموقف المزعج وتصعيد انفعالاتك وتوتراتك، أي القلق أو الكآبة أو كراهية الذات وذمها، والشفقة عليها، أو الشعور بالذنب. بعد ذلك بدل هذه العواطف المنافية القوية المضعفة للذات، والمقوضة للمعنويات بأخرى تكون أكثر ملاءمة وأقل ازعاجاً، كالشعور بالاحباط، وخيبة الأمل أو التأسف، أو الانزعاج. استمر في اضعاف العواطف والانفعالات السابقة القوية المؤذية فلا تتخلى عن مناهضتها بأحاديث مع ذات أكثر عقلانية الى أن تجد تحولا في مشاعرك نحو الأخف والأضعف والأكثر ملاءمة مع الموقف.

هلا أجريت هذا التمرين الآن بعدما تغادر العيادة ولمدة ثلاثين يوماً، وبمعدل مرة واحدة على الأقل يومياً، حتى تتحول هذه التمارين الى مهارات وعادات آلية تستبدل فيها للتو العواطف المدمرة الهازمة للذات الى انفعالات أقل ايذاء وأكثر ملاءمة وصحة نفسية. أرجو أن تكون جاداً في تنفيذ هذا التدريب بجهد صادق، ودؤوب مع توقعات

ايجابية في قدرتك على اجراء هذا التبديل العاطفي.

ينبه المعالـج المتعالـج أن في مقدور الأخـير أن يلجأ الى أسلوب الاثابة والعقاب بحيث إذا ما نجح في تطبيق التمرين فيعمد الى اثـابة ذاته بالشيء الذي يميل اليه ويرغبه كسماع موسيقى خاصة، أو تناول طعـام معين، أو ممـارسة جنسيـة مع زوجتـه. وان فشـل في التـطبيق فيعاقب ذاته بحرمان ذاته من الأمور والأشياء التي يرغبها.

٣ ـ الأحاديث مع الذات الايجابية التعاملية ذات الزخم القوي:

في رأي مبتدعي العلاج الانفعالي ـ العقلاني أن الأحـاديث مع الذات التعاملية العقلانية، والتي أتينا على ذكرها في الفصل السـابق ـ تبدو فعالة ومجدية عندما يكررها المتعالج المدمن (أو أي مـريض يعاني من اضـطراب نفسي) ويوحي لـذاته بهـا ايحـاء فعـالا (Ellis, Becker 1982). لذا يستطيع المعالج أن يدرب المتعالج المريض على التالي:

«ابتدع بنفسك بعض المقولات الذاتية التعاملية، أو بالاستعانة معي، وكرر هذه المقولات الذاتية على ذاتـك بقوة ايحـائية قـوية عـدة مرات حتى تشعر وكـأنها نقشت في ذهنك وحفـظتها عن ظهـر قلب. حذار من تكرارهـا ببغائيـاً، ولكن تمعن وعاين في كـل حكمة تقـولها وكـأنـك تـدخلهـا الى لاشعـورك وذهنـك قسـراً وبقـوة وتحس بكـل مشاعرك بصحتها وفعاليتها، فمثلا تقول لذاتك:

ـ أنا لا أحتاج الى تلبية كل ما أرغبه ولكن أفضل الذي أرغبه.

ـ غالباً ما سأظهر فطرتي الانسانية القـائمة عـلى ارتكاب الخـطأ وذلك من خـلال القصور في انجـاز أعمال هـامة. ومـع ذلك ورغم هـذا

القصور أستطيع أن أستمر بالشعور بالسعادة. وبالطبع أقل سعادة مما لو تمكنت من انجاز هذه الأعمال انجازاً تاماً ناجحاً.
- سيعاملني الناس بالطريقة التي يرغبونها وليست بالطريقة التي أرغبها. انه لأمر سيء.

٤ - الحوار مع الذات الفعال:

خلال تطبيق المعالج العلاج العقلاني - الانفعالي، يمكن تدريب المتعالجين المدمنين على خلق حوار مع الذات فعال ونافذ جداً بحيث أن الأصوات الداخلية اللاعقلانية تناقش مناقشة فعالة بأصوات داخلية وحوارات منطقية صائبة وهذه الحوارات القائمة بين الضدين (وعادة تكون مدتها بين ٣ - ٤ دقائق) يمكن تسجيلها على شريط صوتي، ومن ثم يسمعها المعالج ليس بغرض فقط معرفة مدى عقلانيتها وصوابها ولكن أيضاً مستوى فعاليتها وزخمها ونفوذها وقوتها الايجائية الاقناعية. والحوار التالي النموذجي يوضح القصد والغرض:

- الصوت الداخلي اللامنطقي: إنه لأمر ليس خطراً أو مجازفة بالنسبة اليَّ إذا ما رشفت بعض الخمر في جلسة سارة مع أصدقائي. إنهم يعلمون أنني أعاني متاعب ومشكلات الخمر والادمان، وبلاشك سيمنعونني من التمادي في شرب الخمر إذا ما تجاوزت كأسين.
- الصوت المنطقي العقلاني: «متهكماً إنهم سيمنعونني من التمادي! وبخاصة إذا كانوا مثلي يعانون مشكلات الادمان. الشقاء والبؤس يخيمان ويحبان الصحبة والرفاق.

- الصوت اللامنطقي: «قد يكون كذلك. ولكن بعد كل المتاعب التي واجهتها نتيجة الكحول (أو المخدر)، أصبحت أدرك تماماً أين ومتى سأكف عن الشرب، لذا بالتأكيد لن اتجاوز الكأسين».
- الصوت المنطقي: «أنه لشيء مضحك. ستكتفي في بعض الأوقات بهذا الحد من الشرب، ولكن هل دائماً ستكون كذلك؟»
- الصوت اللامنطقي: «ولكن حتى اذا أسرفت في الشرب صدفة، فما هو الضرر الذي سيلحق بي؟»
- الصوت المنطقي: إنه لأذى كبير سيلحق بك. من يعرف ما هو السوء ألذي ستقع فيه عندما تكون مخموراً؟ بل وحتى إذا لم تلحق بنفسك الأذى أو بغيرك في هذه المرة، فهل تضمن ألا يكون الضرر والأذى يتربصان بك في الشرب الثاني، أو الثالث، أو الرابع الى غير ذلك   فما رأيك مثلا باصابة دماغية، مرض القلب، ايذاء الآخرين   وسم ما شئت من هذه الأضرار.

في كل مرة تخاطر بالعودة الى الشرب وتقول لذاتك: «أستطيع الاقلاع عن الخمر فإنك تعزز تفكيرك اللامنطقي وبالتالي ترمي بنفسك في الطريق آجلا أم عاجلا   هناك آخرون قد يكونون قادرين على الاعتدال في شرب الخمر، فلا يقعون في شرك الادمان ولكن لست أنت.
- الصوت اللامنطقي: أنا لا أدري، قد تكون على حق.
- الصوت المنطقي: من الجائز! أنا ملعون، كما برهنت على ذلك سابقاً في عدة مرات. «لا كلام فارغ، لا أشرب: طبعاً. كلا ولا واحد من هذه الأمور».

٥ ـ قبول الذات غير المشروط:

إن المعالجين الممارسين أمثال كارل روجرز (١٩٦١) أصحاب مدرسة العلاج العقلاني ـ الانفعالي يشددون على أهمية اعطاء المدمنين بلا استثناء (وغيرهم من مرضى النفوس) ما نسميه قبول الذات غير المشروط. ونعني بذلك أن على المعالجين قبول المرضى من هذا الصنف وغيرهم على أساس كونهم ليسوا أشراراً ولا عدوانيين. فهم بشر، وينظر اليهم من هذا المنظار رغم اعتوار سلوكهم، وضعف الأنا عندهم (Bone 1968, Lazarus 1977, Miller, Becker, Ellis 1983) هدفهم أن يساعدوا هؤلاء على شفائهم وتقديم كل عون لهم لاسعادهم وتحسين سلوكهم الادماني.

والقبول الذي نعنيه هو قبول شخصيات المدمنين الكحوليين أو المخدرين، وليس قبول سلوكهم الادماني. فالسلوك الادماني هو المرفوض والذي يسعى المعالج الى تبديله بارشاد المريض وعلاجه.

والقبول كما رأينا ينطلق من مبدأ انساني هو أن الانسان منذ أن ولد أو خلق فهو مفطور على الخطيئة، غير معصوم عن الخطأ، وليس بالضرورة أن يكون المريض محبوباً أو مرغوباً لقبول علاجه وعندما يأخذ المعالج هذا الموقف من المريض، مهما كان نوع مرضه الادماني أو المرض النفسي، ويجهد المعالج أن يتعامل في العملية العلاجية وفقاً لهذا المبدأ، فإنه يبرهن للمدمن أنه مقبول عنده قبولا غير مشروط. ويعطي مثالا واقعياً على مثالية انسانيته، وسمو نفسيته مما يجعل المتعالج المدمن يقبل علاجه ويأخذ بارشاداته. وهذا يعني القبول

المتبادل الذي يضفي على العلاج صفة التفاعل والايجابية وهذا شـرط من شروط نجاح العلاج أياً كان نوعه.

ومن خلال قبول المرضى لذواتهم لأنـك لا ترفض شخصيـاتهم بـل ولا تحبذ فقط سلوكهم وأفعـالهم الادمانيـة، فهم يؤكدون ذواتهم تـأكيداً عـلى أساس أنهم قبلوا قبـولا غير مشـروط، وهذا مـا ينعكس عليهم بالشعور بـالقيمة الـذاتية، وجـديرون بـالحياة والبقـاء والتمتع بالحياة. وهكذا فأن فن العلاج في العلاج العقلاني ـ الانفعالي يشجع على الشعور بقبول المريض واظهـار هذا القبـول له، في الـوقت الذي يعلمـه ويدربـه على كيفيـة قبول ذاتـه. أي فلسفة قبـول الذات. إن السؤال المطروح هو: كيفـ تعلم هذه الفلسفة؟ الجواب هو كـالتالي؟ حيث تقول له:

أ ـ أنت تحمل «قيمة» تجـاه الآخرين، ولنسم هـذه القيمة أو التثمـين بـالقيمة الخـارجية المنشـأ Extrinsic worth، أي بما تقـدمه وتفعله للآخرين. وأن القيمة التي تحملها الى الناس أو ما نسميه بالقيمـة الداخلية المنشأ Intrinsic worth تتوقف على ذاتك، وبما تختار هذه الذات من قيمة الى النـاس، أي بتعبير آخـر بما اختـرت أن تفعله وتقدمه من قيمة.

ب ـ في مقدورك قياس أو تقويم كل أداء من أداءاتك وانجازاتك على أساس أداء جيد أو أداء سيء وذلك عندما تحدد هدفاً تـرغب في الوصول اليـه. وعلى هـذا إذا رغبت في اجتياز امتحـان، يكون من السلوك الجيـد أن تـدرس وتجـد لتنجـح في الامتحـان.

وبالعكس يكون السلوك سيئاً إن أهملت وتقاعست في الدراسة. الاَّ أن ذاتك ككل وبجوهرها تبدو معقدة في قياسها واعطائها الدرجة في عملية التقويم. فما هو المعيار الممكن الأخذ به واعتماده لقياس شخصيتك وذاتك عندما يصدر عنك الملايين من الأفعال خلال مسيرة حياتك حتى نهاية مطافها؟ بالطبع سيكون بعضها جيداً والآخر سيئاً، وأفعالا حيادية غير مبالية. فذاتك إذن قابلة للقياس من خلال ما تبديه من أفعال وتصرفات، فلا تكون جيدة أو سيئة الاَّ إذا حددت معنى الفعل الجيد ومعنى الفعل السيء بالنسبة لعدد قليل من السمات أو الانجازات.

فعلى المستوى المثالي في مقدورك الاحجام عن تثمين ذاتك، أو بالعكس تعطيها تقديراً كلياً شاملا. فإذا كان هذا موقفك من أفعال وأعمال ذاتك فإن أفضل طريقة تفعلها في عملية التقويم هي أن تجزم بقولك: «أنا انسان جيد لأنني موجود بفضل كوني حياً».

جـ - بصرف النظر عن عدد الأفعال السيئة التي ارتكبتها، فأنت تكون شخصاً سيئاً فقط إذا:

١ - ارتكبت دوماً أعمالا سيئة دون سواها

٢ - إذا ما فطرت لتقوم بأعمال سيئة في جميع الأوقات مستقبلا

٣ - إن الاله الذي يسير هذا الكون قد حرمك من متعة الحياة، ولديه القوة ليرميك في جهنم خالداً فيها أبدا

وبما أن جميع الشروط السالفة الذكر التي يتصف بها الانسان

السي- هي مستحيلة أن نـراها في شخص مـا، فأنت لن تكـون شخصاً سيئاً بسوء مطلق. وبالمقابل فإنه من المستحيل أن تكون جيداً تتوفر فيك جميع الصفات الحميدة التي عادة مـا يتصف بها الأنبيـاء، لذا فـأنت مجبول بفـطرتك وبتكـوينك عـلى ارتكـاب الخطيئة كأي انسان على وجه هذه البسيطة

لذا تستطيع إذن أن تكف عن تقويم ذاتك على أساس مطلق وكمال، فلا أنت جيد جوداً مطلقاً ولا سي- بسوء مطلق. وهذا ما يجعلك تؤمن بأنك لست شريـراً ولا نبياً، وتقبـل ذاتك عـلى أساس انسان فطر على ارتكاب الخطيئة وأيضاً فعل الخير

د ـ إن الهـدف من تقويم ذاتـك أو شخصيتك يتحـدد فقط في اظهـار أنَّك أفضل من الآخـرين، وافتراضـاً أنك متفـوق عليهم. وما لم تكن حقاً كاملا، فإن هـذا النوع من التقـويم كثيراً مـا يجلب لك الحزن والقلق. لذا فان هدف حياتك الحقيقي هـو أن تمتنع لا أن تقوَم ذاتك.

٦ ـ لعب الدور في العلاج العقلاني ـ الانفعالي:

من المعـروف أن تقنيـة لعب الــدور واستثمـارهــا في العـلاج السلوكي ابتدعها السيكـولوجي مـورينو (١٩٦٥). وهي تقنيـة ذات نفع علاجي فعال في التعبير عن المشاعر وكشفها واظهارها وتفريغها، ويمكن استخدامها بفعالية في العلاج العقلاني ـ الانفعالي.

إن لعب الدور المعدل في العلاج العقلاني ـ الانفعـالى يلح على أن المعتقـدات الخـاطئـة عنـد المـريض هي المسئولـة عن انفعـالاتـه

المضطربة المرضية، لذا فإن لعب الدور يتناول هذه المعتقدات ويصححها. كما وأن لعب الدور يساعد المريض على التصرف تصرفاً أكثر فعالية في الحياة الواقعية بتكرار تلك الأدوار لترسيخ السلوك التكيفي المطلوب المرغوب. ولنوضح القصد والغرض نضرب المثال التالي الذي بامكان المعالج أن يعدله حسب الغرض العلاجي خلال علاج المريض المدمن:

- المعالج: أنت الآن تهم في العلاج للاقلاع عن شرب الكحول (أو المخدر إذا كان المريض يتعاطى المخدر). دعني أساعدك لتحصل على عمل واعدك لتنجح فيه قلت لي إنك تشعر بالقلق حيال المقابلة التي يفترض أن تجريها مع رب العمل أو رئيس الشركة الذي ستقدم اليه طلب العمل، لا سيما بعد انقطاعك الطويل عن العمل بفعل ادمانك على الكحول (أو المخدر). أليس هذا صحيحاً؟
- المريض: بالطبع أنا أشعر بالقلق في كل مقابلة عمل قد أدعى لاجرائها أجد صعوبة بما يجب علي أن أتكلم في المقابلة
- المعالج: حسناً، لنقم بعملية لعب الدور في مقابلة نموذجية لنرى كيف تتصرف وتتعامل مع قلقك، وبالتالي تقدم انجازاً جيداً ناجحاً في المقابلة. فأنا هنا سألعب دور رب العمل الذي سيجري المقابلة معك، وأنت طالب العمل.
- المريض: هذا شيء جيد.
- المعالج: السيد محمود أترغب في العمل في هذه الشركة كرئيس مستودع؟ هلا عرفتني عن نفسك ومؤهلاتك؟ ولماذا تعتقد أنك كفؤ للعمل الذي تقدمت بطلب لاشغاله في هذه الشركة؟

- المريض: نعم أنا آ آ (اضطراب في الكلام وتعثره) أعتقد آ بامكاني القيام بهذا العمل. وأقصد أنا آ آ (اضطراب وتعثر).
- المعالج: أرأيت كيف أنك على درجة كبيرة من التوتر والاضطراب؟
- المريض بصعوبة كبيرة الفظ العبارات وأنطق بها. في الواقع أنني أرغب في الحصول على ذلك العمل.
- المعالج: كثيراً جداً: بماذا حدثت نفسك في هذه اللحظة الأمر الذي جعلك مضطرباً متوتراً.
- المريض: دعني أفكر بماذا تكلمت مع ذاتي؟: قلت لذاتي: الواقع أنني أرغب هذا العمل وأطلبه. فبعد هذه المدة الطويلة التي توقفت فيها عن العمل بسبب تعاطي المشروب، يتعين عليّ أن أحصل على هذا العمل من أجل أن أرد الاعتبار الى نفسي وأسترجع ذاتي المفقودة.
- المعالج: حسناً هذا الذي جعلك تضطرب وتقلق. وأقصد التفكير الاحتياجي أي لأنك قلت لذاتك «أنا بحاجة لهذا العمل ويتعين عليّ الحصول عليه». لنفترض أن يكون كلامك مع ذاتك أنك ترغب هذا العمل كثيراً فلماذا فرضت على ذاتك الحاجة.
- المريض: فهمت ما تقصده. يتعين عليّ ألاّ أقول لذاتي أنني بحاجة اليه حاجة مطلقة، رغم أنه لمن حسن حظي لو حصلت عليه.
- المعالج: هذه حقيقة. ولكن حصولك على هذا العمل لن تسترجع ذاتك فيه
- المريض: أنا لا أرغب أن أسترجع ذاتي السابقة المخمورة.

فالتهالك على الشرب هو سلوك ضال فاسد ولكنه لم يجعلني شخصاً فاسداً

ـ المعالج هذه حقيقة. أنا سعيد أنك ترى ذاتك بهذا المنظار إنه لمن الجميل إذا ما حصلت على هذا العمل. الاَّ أن الحصول عليه لا يضفي عطراً على ذاتك.

ـ المريض: هذا صحيح لذا لست بحاجة الى استرداد أو افتداء، بل الى عمل جيد.

ـ المعالج: أنت ترغب فيه ولكن ليس حاجة.

ـ المريض: نعم. أنها رغبة في هذا العمل.

ـ المعالج: حسناً. الآن بعدما صححت المعتقد الخاطىء «وهو حاجة وحولته الى رغبة» فكيف تشعر الآن.

ـ المريض: أشعر بتضاؤل القلق.

ـ المعالج: أعتقد ذلك. الآن عد إلى لعب الدور الذي نحن بصدده. يا سيد محمود، فهمت أنك ترغب في العمل في هذه الشركة كرئيس مستودع. هلا عرفتني عن نفسك ومؤهلاتك؟ ولماذا تعتقد أنك كفؤ للعمل الذي تقدمت بطلب اشغاله في هذه الشركة؟

ـ المريض: لقد درست محاسبة المستودع في دورات خاصة وعندي خبرة خمس سنوات في هذا الميدان المهني، وأحب هذا العمل، والواقع أرغب في تجريب هذا العمل ثانية.

ـ المعالج: وجدت في طلبك أنك عاطل عن العمل منذ سنتين، فما هو السبب؟

ـ المريض: بإمكاني أن أكذب وأقول لك أنني خلال هذه المدة كنت

ملتحقاً في دراسة الاّ أنك ستعرف الحقيقة من آخر رب عمل عملت عنده، لذا سأعطيك التفسير لهذا الانقطاع حتى الأشهر الستة الماضية كنت متهالكاً على شرب الخمر وهذا ما جعلني أفقد عملي الأخير وأتوقف عن طلب أي عمل. الاّ أنني في الأشهر الستة الأخيرة توقفت عن الشرب نهائياً وأنا مواظب على العلاج. لذا فأنا في حالة تمكنني من استعادة العمل بجد ونشاط.

- المعالج: حسناً أنت تفعل فعلاً جيداً. لقد أضحيت أكثر سيطرة على أعصابك. لكن لاحظ وراقب اتجاه نظراتك. أنت تنظر الى الأسفل وليس اليَّ. ولكن لا ترى مانعاً من أن أتصل بمعالجك لأتأكد من أقوالك وأنك الآن في حالة تسمح لك بالانخراط في العمل.

- المريض: هذا شيء منطقي، وفكرة مقبولة

هذا ومع الاستمرار في لعب الدور الذي أتينا بجزء كبير منه كمثال، في مقدور المعالج أن يساعد المريض المدمن في الكشف عن مشاعره والتعبير عنها، وبالتالي الكشف عن المعتقدات الخاطئة ومعاكستهاومناهضتها وتصحيحها، بما يكفل ازالة مشاعر الاضطراب التي يكون مصدرها التفكير اللاعقلاني التحتي. فلعب الدور يكشف ذلك ويسمح للمريض بتكرار السلوك المناسب التلاؤمي الذي يحل مشكلاته، مثل طلب الحصول على العمل، احكام ارتباطه مع أفراد أسرته والنجاح في دراسته وغيرها.

٧ ـ النكتة والفكاهة كأسلوب علاجي:

يشجع العلاج العقلاني ـ الانفعالي استخدام النكتة والمزاح من

أجل اضعاف المعتقدات الخاطئة عند المدمن الجدي المفرط في جديته وعبوسه فالعلاج العقلاني ـ الانفعالي، من هذه الوجهة، يرى، أن الاضطراب الانفعالي عند الناس يعود بجزء كبير منه الى كونهم ينظرون الى أفكارهم نظرة صارمة ومبالغة في الجدية بحيث يفقدون الشعور بالنكتة والمزاح والمرح، ويتعثرون بالصورة التي يتكيفون مع حياتهم (Ellis 1987).

تعد الدعابة والمزاج المرح الميال للنكتة ترياقاً مضاداً للاضطراب والسلوك الجبري نظراً لأن في الدعابة انفعالا قوياً اضافة الى عنصر فكري معرفي.

فصاحب النكتة أو الدعابة في مقدوره اخراج المريض من عادة أفكاره الانهزامية الذاتية وبدفعه الى فعل يناهض السلوك الادماني. وعلى غرار القصص، والقصائد، فالدعابة فيها عنصر مناظرة ومجاز ينفذان وراء التفكير العادي، لذلك فالدعابة تتضمن عنصراً انفعالياً عاطفياً قوياً في مناهضة الاضطراب النفسي وتفتيته.

يعد العلاج الانفعالي ـ العقلاني الرائد في استخدام الأغاني الفكاهية المرحة العقلانية عند علاج المدمنين وغيرهم من مرضى النفوس وهذه الأغاني غالباً ما تعطى للمتعالج على أساس تمارين بيتية ينفذها الأخير (المريض المدمن على الكحول أو المخدرات) كيما يغنيها عدة مرات لنفسه عندما ينتابه القلق والاكتئاب، وتحمله الضعيف للاحباط على ايقاظ النزوع نحو الشرب (أو تعاطي المخدر) أو يبقيه مدمناً (Ellis 1987) واليك بعض الأغاني التي يراها أصحاب

العلاج العقلاني ـ الانفعالى فعالة في تبديل البنية المعرفية اللاعقلانية عند مرضى الادمان.

أ ـ المشروب أنا دوماً أفكر فيك

ـ أيها المشروب: أنا دوماً ذهني مشغول فيك.

ـ أيها المشروب: سأرفع صوتي ليسمعه العالم أجمع أنني أحبك.

ـ لا تنسى وعدك لي.

ـ أستطيع أن أشرب بدون أن أغرق في شفير الهاوية.

ـ أواه أيها المشروب بصحبتك أستعذب قيادتك فلا أعرف الكرب.

ـ بواسطتك أفعل وأقول.

ـ هناك شيء واحد فقط أحب أن أقوله لك.

ـ أواه أيها المشروب النتن هذا أنت.

ب ـ أيها الرباط الجميل، لماذا يجب أن ننفصم وننفصل.

ـ عندما تقاسمنا حياتنا كلها منذ البداية.

ـ اعتدنا أن نأخذ ونسير في طريق واحد معاً.

ـ يالها من جريمة إذا حدث الطلاق بيننا

ـ أيها الرباط الجميل، لا تبتعد ولا تغرب عن ناظري.

ـ من سيكون رفيقي إذا لم تكن بجانبي.

ـ ورغم أنك مازلت تجعلني بمنظر المهتز

ـ فإن الحياة بدونك ستكون مليئة بالعناء.

ـ الحياة بدونك ستكون مليئة بالجهد والعناء.

جـ ـ أنا مسعور بالمشروب.

ـ أواه، أنا مسعور بالمشروب.

ـ والشرب مسعور بي.

ـ وعندما أشرب الخمر أظل متحفظاً بطرفة عين.

ـ نحو الأخطار التي تهددني.

ـ أواه كم أنا مغرم مسعور بالشرب.

ـ فاشتري التفكير الكريه.

ـ إذا ما رغبت بالحماقات أن أفتخر بها.

ـ وفي الاسراف في الشرب سأبني كوخي

ـ ولن أعود أبداً.

ـ حتى أموت وأموت واتفتت.

الفصـــل الثامــن

التقنيـات السلوكية النـوعية التي يستخـدمها العـلاج العقلاني ـ الانفعالي في علاج المدمنين

كما سبق وذكرنـا، أن العلاج العقـلاني ـ الانفعالي العـام وغير المختص هـو في الواقـع مرادف للعـلاج السلوكي المعرفي (Cognitive behavioral therapy لذلك فهذا العلاج يستخـدم الكثير من الـطرق والأسـاليب العلاجيـة السلوكية الشـائعة الاستعمـال التي تطبق عـلى المدمنين على الكحول أو المخدرات (Bellack, Hersen, Ellis 1985) .

إن الـطرق السلوكية التـالية لا تقـدم فقط العـون والمسـاعـدة للمدمنين لكي يقلعوا عن إدمانهم وشفائهم منه، ولكنها أيضـاً تضعف الى حد كبير منطقهم وتفكيرهم اللاعقلاني غير الصحيح وما يصاحب عادة مثل هذا التفكير الخاطىء من انفعالات وعواطف منافية.

نـذكر هنـا بعض التقنيات العـلاجيـة السلوكيـة التي يمكن أن يأخذ بهـا المعالـج الذي يتبـع أسلوب العلاج العقـلاني ـ الانفعالي في ميدان علاج الادمان بأشكاله المختلفة.

١ ـ ازالة التحسس ميدانياً (على الواقع) Vivo desensitization :

غالباً ما نطبق في العلاج السلوكي والعلاج المعـرفي ـ السلوكي طريقة الدكتور النفسي العالمي الشهرة، والذي اليه يـرجع الفضـل في خلق الثورة العلاجيـة السلوكية العمـلاقة هـو جوزيف ولبي Joseph

Wolpe وهذه الطريقة أسماها ازالة التحسس المنهجي Systematic Desensitization أو التثبيط المتبادل Reciprocal (Wolpe 1956) Prohibition وهذه الطريقة هي تخيلية الى حد كبير، وتعتمد على تقنيات الاسترخاء. ويفضل العلاج العقلاني ـ الانفعالي تطبيق ازالة التحسس ميدانياً، أي في واقع الحياة كما تبدو المشكلة ويعيشها المريض في حياته. ولكن هذا لا يعني أن العلاج العقلاني ـ الانفعالي يرفض ازالة التحسس تخيلياً على طريقة جوزيف ولبي فالتخيل هام جداً، وله التأثير نفسه في ازالة التحسس ميدانياً في كثير من الحوادث. وحتى العلاج التخيلي في ازالة التحسس كثيراً ما يكون تمهيداً جوهرياً لازالة التحسس كما تبدو المشكلة في واقع الحياة. ولطالما نحن في الكلام عن علاج الادمان بمواده المختلفة وأشكاله الادمانية، فإن التقنية التي نحن بصددها ونقصد العلاج العقلاني ـ الانفعالي تفضل أن يكون ازالة التحسس عند المدمن من مشكلته بالتطبيق الميداني، وأيضاً في علاج الأمراض الأخرى (Ellis, Harper, Becker 1982). ونحن نعلم أن العلاج التخيلي يحتاج الى حد مقبول من القدرة التخيلية عند المتعالج ليستطيع ازاله التحسس من مشكلته تخيلياً، بينما ازالة التحسس ميدانياً لا تحتاج الى قدرة تخيلية مناسبة لانجاح العملية العلاجية. وعلى الرغم من أن العلاج العقلاني ـ الانفعالي يشجع المرهوبين (المصابين بمرض الرهاب) بالمجازفة في الركب بالمصاعد (رهاب المصاعد) أو في السير أو الجلوس في الأماكن المكتظة بالناس (رهاب الساحة) حيث تكون مخاوفهم من هذه المواقف هي غير عقلانية، الاَّ أن هذا العلاج لا يشجع المدمنين

الـذين يخافـون ـ على مستـوى الواقـع ـ في الشـرب أو الـذهـاب الى المنتـديات والحـانات التي تبيـع الخمور، والجلوس هنـاك مع رفـاقهم وزمـرتهم من الرهـوط المدمنـة بل عـلى نقيض ذلك، ينصـح هؤلاء بالابتعاد عن رهوطهم المدمنة التي عاشروها وانسـاقوا معهـا في تدعيم وتعزيز عادات شرب الكحول أو تعاطي المخدر لأنهم يكونون عرضة للانتكاس.

وفي الوقت نفسه، عندما يتوقف المدمن عن شـرب الكحول أو تعاطي المخدر، ويبدي استعداده للتعامل مـع قلقه الأصـلي ومخاوفـه التي قادته الى الادمان، حينئذ فإن العلاج العقـلاني ـ الانفعالي يلجـأ الى تطبيق ازالة التحسس ميدانياً، فيشجع المدمن عـلى إزالة وتخـطي قلقه ومخاوفه (أي مواجهتهـا وإزالة التحسس منهـا كما تـظهر في واقـع الحياة). وهكذا ففي مقدور المعالج تشجيع المريض المتعالج بالتفتيش عن عمـل يكسب بـه قـوتـه، أو الـذي يعـاني القلق في التكلم أمـام الجمهور أو الناس أن يخاطر فيقـدم على التفتيش عن عمـل أو التكلم مع الجمهور الى أن يدرك أن هذه الأشياء التي يتحداهـا ويتصدى لهـا (مخاوفه) قد خفف تحسسه وقلقه منها. وعلى المعالـج أن يتذكـر دوماً، عند تطبيق ازالة التحسس ميدانياً، إن المدمنـين الذين يتعـالجون هم عرضة للضعف والخور، وبالتالي قد ينكسون نحو الشـرب ثانيـة أكثر من غيـرهم من المرضى غـير المدمنـين. لذا يتعـين عليـه أن يعـالجهم بعنـاية ورقـة وبتعريض أقـل عنفـاً (يقصـد هنـا التعـريض القاسي للموقف المخوف) من أولئك غير المدمنين.

٢ ـ ازالة التحسس الاغراقي بدون تدرج Implosive Desensitization:

يميل العلاج العقلاني ـ الانفعالى الى ازالة التحسس الميداني ازالة اغراقية، أي من خلال تعريض المدمن للموقف الذي يثير توتره وتخوفه تعريضاً دفعة واحدة وبدون تدرج Flooding or implosive. مثلا، إن المريض المدمن الذي يخاف ركوب المصعد الكهربائي، عليه أن يبقى فيه صعوداً وهبوطاً بحدود ٢٠ مرة يومياً، أو يركب المصاعد الكهربائية بالمعدل نفسه من المرات بحيث يتمكن وبسرعة وبفعالية من اضعاف خوفه وبالتالي يقاوم مخاوفه اللاعقلانية. وكما ذكرنا سابقاً فيما يخص ازالة التحسس ميدانياً، أن هذه التقنية التعريضية للموقف المخوف، أي التعريض بدون تدرج، تبدو قاسية عنيفة بالنسبة للمدمنين الكحوليين أو المخدرين نظراً لأنهم ضعفاء الأنا، ودرجة تحملهم للشدات تكون منخفضة (تحمل ضعيف للاحباط)، لذا يجب استخدام هذه التقنية بحذر وبحكمة، والا يفضل التعريض التخيلي أو المتدرج الميداني، وعموماً فإن المرضى الذين أبدوا رغبتهم في تجربة هذا التعرض العلاجي، والذين قطعوا شوطاً جيداً في الامتناع عن الشرب أو تناول المخدر، أو لفترة طويلة نسبياً، في امكان المعالج أن يستخدم هذه التقنية.

ويضرب لنا الدكتور أليس مثالا على فعالية العلاج الاغراقي:

إمرأة كحولية ظلت لمدة سنة تقريباً ممتنعة عن تناول الكحول، ولكنها مازالت تعاني من الخوف من التكلم في الصف خلال اعطاء الدروس أمام الطلاب أعطيت لها تدريبات بأن ترفع يدها للكلام

والتعليق عدة مرات خلال محاضرات في علم النفس. وعندما أجبرت على تنفيذ هذه التدريبات رغم شعورها بالقلق، استطاعت التخلص من خوفها المرضي وذلك خلال فترة ستة أسابيع ومس ثم تطوعت من تلقاء ذاتها بتعريض ذاتها لهذا الموقف بحيث تمكنت أيضاً من أن تخمد خوفها من الذهاب الى حفلات الرقص وغير ذلك من النشاطات والهوايات الجماعية

٣ ـ التعزيز والعقوبة:

يستخدم العلاج السلوكي وأيضاً العلاج العقلاني ـ الانفعالي أساليب الاشراط الاجرائي والتعزيز لمساعدة المرضى المدمنين على الاقلاع عن ادمانهم والابقاء على هذا الكف بصورة مستمرة (Ber-nard1986) ووفق الأسلوب العلاجي المنهجي المتبع مع المرضى المدمنين، تبرم العقود بين المعالجين والمتعالجين فلا يسمح للآخرين عادة بممارسة نشاطات سارة الا بمعرفة وارشاد المعالج، مثل قضاء عطلة سارة وغيرها وذلك بعد كفهم عن تعاطي الكحول (أو المادة المخدرة). إن مثل هذا الاجراء غالباً ما يساعد المدمن، ولكن ليس بالقدر من التعزيز الذي يساعد عادة المرضى غير المدمنين. ذلك أن كثيراً من المدمنين يحصلون على كثير من المسرة الآنية وراحة مؤقتة من القلق عندما يقبلون على تعاطي الكحول أو المخدر (وخاصة الكوكايين أو الهيروين)، لذا فإنهم لا يميلون الى لذة بديلة عن الخمر بسبب الفوائد والمسرات العديدة التي يحققها لهم الخمر عند شربه. لذا فإن كثيراً من التعزيزات العادية التي يستخدمها المعالج في علاج

العصابات النفسية قد لا تكون مفيدة ولا مجدية إذا ما طبقها في علاج الادمان.

ومع ذلك فإن في مقدور المعالج عند ابرام العقد العلاجي مع المتعالج المريض المدمن، أن يتضمن العقد السماح له بالذهاب الى منتجعات الاستجمام، والقراءة والاستمتاع بالموسيقى، أو النشاطات الأخرى التي يميل اليها ويحبها بعد اقلاعه عن الكحول أو المخدر.

في بعض الأحيان تكفي مثل هذه التعزيزات التي تأتي كاثابة للمريض على الكف عن الشرب أو المخدر، أما إذا لم تكن مثل هذه التعزيزات كافية، ففي امكان المعالج اللجوء الى التقنيات الأخرى الخاصة بالعلاج العقلاني ـ الانفعالي المذكورة في هذا الكتاب.

لعل أفضل طرق الاثابة والتي غالباً ما يلجأ اليها المعالج عند علاج المدمنين الصعبين شريطة أن يقبلوا هذه الطريقة، بانزال عقوبات صارمة بحقهم ينفذونها إذا ما عادوا الى شرب الخمر أو تعاطي المخدر. وهذه العقوبة تقضي بدفع مبلغ معين من المال الى جهة معينة (لجنة خيرية، أحد أفراد أسرة المريض وغير ذلك) شريطة أنه يراقب المعالج تنفيذ هذه العقوبة فلا يترك ذلك الى ذمة المريض ووجدانه. تنفذ هذه العقوبة مباشرة بعد نكسه وعوده الى الشرب أو تناول المخدر والعقوبة نفسها يمكن تطبيقها على المدمنين عند علاج مشكلاتهم الأخرى، فمثلا يطلب من المتعالج المدمن أن يحرق أمام المعالج مبلغاً من المال يحدده هذا الأخير في كل مرة يرفض التفتيش عن العمل، أو الانخراط في المجتمع أو الالتحاق بدورة تثقيفية أو

مهنية هامة. وبهذا نجد أن المعالج يطبق العقوبات المناسبة للتعامل مع قلق الأنا عند المريض المدمن، وقلق الانزعاج وذلك من أجل محاربة ومناهضة الأنماط المختلفة من سلوك الاحجام غير السوي، وبخاصة السلوك الذي يلتصق التصاقاً هاماً بالادمان. كما أن في مقدور المعالج مناهضة تصغير الذات وتحقيرها حيال ادمان المريض (وازاء أي شيء آخر) وذلك من خلال تعزيز المريض ذاته ببعض الأشياء السارة بعد أن يمتنع عن هذا التصغير، ومعاقبة ذاته بشدة إن هو عاد الى ذم نفسه في كل مرة.

٤ ـ منع حدوث الاستجابة:

وجد العديد من المعالجين السلوكيين أنه في حال وجود نزوعات جبر قوية Compulsion عند مرضى الادمان فإن أفضل تقنية يمكن اتباعها هي أسلوب منع حدوث الاستجابة؛ أي رصد المدمنين والسيطرة عليهم لفترة من الزمن بحيث يجدون أنه من المستحيل أن يتعامل المدمنون من جديد مع المسكرات أو المخدرات (Marlatt, Gordon 1985).

إن العلاج العقلاني ـ الانفعالي يشجع على تطبيق هذه التقنية، وبخاصة إذا ما فشلت التقنيات الأخرى في منع المريض من التوقف عن تعاطي المخدر أو المسكر، والابقاء على اقناعه (Ellis 1981).

تطبق تقنية منع حدوث الاستجابة بأن يوافق المريض على ادخاله الى المستشفى حيث يراقب مراقبة شديدة كيما لا تصل اليه أية

مادة مخدرة أو مسكرة، وحتى إذا ما طبقت هذه التقنية في داره فأيضاً يوضع تحت المراقبة الشديدة فلا يستطيع الحصول على مطلبه من المخدر أو المسكر وتكون المراقبة إما من قبل أفراد أسرته أو الهيئة المشرفة على علاجه لعدة أيام أو أسابيع. وعندما يخضع الى هذا النوع من الحرمان المراقب الفعال، فإنه قد يصبح قادراً على الكف عن التعاطيمن خلال مراقبة ذاتية.

٥ ـ منع حدوث الانتكاس:

يمكن الأخذ بطريقة مارك توين Mark Twain التي تعالج الادمان على الدخان (التبغ) في علاج الادمان بعد تعديلها لتكون المقولة بدلا عن التبغ: «أنه لمن السهل التوقف عن التدخين، طبقتها مئات المرات». إن منع الانتكاس هو جزء هام من العلاج العقلاني ـ الانفعالي في برنامجه المضاد للكحولية وللادمان على المخدرات (Ellis, Velten 1986). من المعلوم أن مسألة منع حدوث النكس Relapre هي مسألة معرفية، انفعالية وسلوكية فعلى المستوى المعرفي يتعين على المعالج تعليم المدمن واعداده مسبقاً لامكانية مواجهة الانتكاسات وذلك بمعاينة أفكاره اللاعقلانية التي هي سبب النكس ورصد هذه الأفكار مثلا كأن يقول ذاته «أستطيع تطبيع ذاتي لتأخذ قليلا من المشروب أو المخدر». وبالتالي يتعين عليه مناهضة هذا المعتقد الخاطىء بما يدحضه.

أما على المستوى الانفعالي فعلى المعالج دفع مريضه على استخدام الأحاديث مع الذات التعاملية المنطقية تعاملا فعالا مثلا

«بسهولة أنكس فأعود الى السكر إذا لم أكن محترساً دوماً وبصورة مستمرة». على المستوى السلوكي، يشجع المعالج المريض على استخدام العديد من التقنيات التالية:

أ - ضبط المنبهات والمحرضات: الابتعاد دوماً عن أصدقاء الخمر والمخدرات وعدم مصاحبتهم ومجالستهم. وأيضاً هجر الحانات نهائياً وأمكنة بيع المخدرات والمسكرات. وغير ذلك من الأشخاص والأمكنة المنبهة لنزوع الشرب أو تناول المخدر.

ب - اللجوء الى التعزيز: السماح بممارسة بعض المسرات كوسائل تعزيز لمنع الانتكاس.

جـ - فرض العقوبات: اللجوء الى انزال عقوبات قاسية بحق المريض المدمن في كل مرة ينتكس فيشرب أو يتعاطى المخدر

د - ايجاد البدائل: خلق وسائل ومنافذ تسلية ومسرة لتحول دون التفكير بالمخدر أو المسكر (أي نشاطات ممتعة بديلة عن مسرة الخمر).

هـ - استخدام التشتيتات البدنية: ونقصد هنا جعل المدمن يمارس الاسترخاء، وتمارين التنفس الاسترخائية، والرياضة وغير ذلك من النشاطات البدنية التي تبعده وتشتت ذهنه عن الدافع نحو الشرب أو تناول المخدر، كما وأن هذه النشاطات تحول انتباه المدمن عن مراقبة قلق الأنا، وقلق الانزعاج وعن تقريع الذات وادانتها بسبب الشرب أو تعاطي المخدر

و - تناول الدواء التنفسي. إذا تطلب الوضع، على المعالج أن ينصح بتناول المريض المتعالج ولفترة عابرة، وتحت مراقبة طبية، الأدوية

المضادة للقلق والمضادة للاكتئاب التي تساعده على التخفيف من الميل الى الانتكاس.

٦ ـ التدريب على اكتساب المهارات وحل المشكلات:

عني العلاج العقلاني ـ الانفعالي منذ بدء ظهوره كعلاج حديث في الأخذ بتقنيات التدريب على اكتساب المهارات. وبخاصة المهارات الاجتماعية في سياق مراحل علاج مرضى النفوس أو ضحايا المخدرات والمسكرات (Ellis 1956, 1979). والسبب في ذلك يعود الى أن هذا النوع من العلاج لا يعنى فقط عناية شاملة بتبديل معتقدات المريض اللاعقلانية ونتائجه الوظيفية السيئة السلوكية والانفعالية، ولكن أيضاً يهتم بالمواقف المحرضة الباعثة على الأفكار اللامنطقية، أي الحوادث المنشطة الخارجية وتدريب المتعالج على تبديل هذه المحرضات أو الحوادث المنشطة التي نرمز اليها كما تعلم بالحرف (أ ـA).

ثم إن هذا العلاج غالباً ما يعلم مرضى الادمان محل اكتساب مهارات التفاعل والاتصال مع الغير، وتأكيد الذات، والمهارات الاجتماعية والوالدية وغير ذلك من التدريبات التأهيلية واضافة الى ذلك يتعين على المعالج تدريب المريض المدمن على أسلوب حل المشكلة واتخاذ القرار مثلا كيف يمكنه الاحتفاظ بعمله، واختيار المهنة الملائمة الجيدة، وأي مشكلات أخرى تعترض حياته وتستوجب حلها باتخاذ القرار الملائم. ونافلة القول كلما درب المعالج مريضه على طرق حل مشكلاته والموترات التي تعترضه وسلحه

بالمهارات التعاملية التكيفية مع كـل ما يعترضه من متاعب حيـاتية، أضعف عنـده التوتـرات والمحرضـات التي هي المسئـولـة عن نكسـه وتعاطيه الخمرة، وهذا مـا نسميه بـالتقنيات الـرامية الى تلقيحـه ضد التوترات والشدات Stress Inoculation Therapy.

الفصـــل التاســـع

الاجراءات العلاجية للمدمنين على الكحول والمخدرات بتقنية العلاج العقلاني - الانفعالي

إن المتخصصين السيكولوجيين المحترفين الذين عالجوا الاعداد الكبيرة من مرضى الادمـان على المخـدرات والكحول يعـرفون أنـه لا يقتصر علاج هؤلاء فقط وبكل بساطة على تبديـل المعتقدات الخـاطئة وما تستجد من اضطرابات انفعالية وسلوكية، وذلك خـلال جلسات عـلاجية تقتصر فقط عـلى هـذا المعتقـد الخـاطىء الكي يحصلوا عـلى تبـديـل رئيس في حيـاة هؤلاء المـرضى، بـل هنـاك الى جـانب ذلـك مشكلات يحملها هؤلاء عبر سنين طويلة نتيجة الادمان وتكون جـزءاً من متاعبهم اليومية. وخلال عملية تطور هذه المشكلات وتعـاظمها، نجد مشكلات أخرى تظهر وتنشأ مثل وجود ميول سابقـة نحو أفكـار قاهرة للذات، ومشـاعر وتصـرفات فيهـا طابـع المبالغـة. وفي الوقت الذي يكون الهدف العلاجي الأول هو تبديل سلوك المريض الادماني اللاتكيفي من أجل ضمان التقدم العـلاجي الآخر كـما وأن تبديـل الحديث مع الذات، والافتراضات التحتية غير الظاهرة التي تؤدي الى الادمان هما أمر هام جـداً، نجد الى جـانب ذلك قضـايا ومشكـلات أخرى غالباً تمس مساً وثيقاً العلاج وتؤثر على مسيره.

وهــذه المشكـلات أو القضــايـا تتضمن مشكــلات مهنيـة، وصعـوبات طبيـة أو مشكلات أسـريـة. أمـا القضـايـا الأخـرى هي

انخراط المريض في رهوط وزمر تساعد ذاتها، وعلاج المشكلات السيكاترية والسيكولوجية التي تعترض الشفاء من الادمان وتعقده.

في فهم جميع هذه المشكلات وما تستجرها من علاجات نجد أن المنظور العقلاني ـ الانفعالي للاضطراب الذي يصيب الانسان يبدو عملياً وقابلا للتطبيق.

١ ـ مراحل المعالجة:

بغرض تقديم قضايا علاجية وتدبرية مختلفة متنوعة وذلك وفق أسلوب العلاج العقلاني ـ الانفعالي لصالح مرضى الادمان على الكحول والمخدرات، من المفيد مراجعة العملية العلاجية على المستوى النموذجي.

لأغراض وصفية يمكننا تصور العلاج على مستوى مراحل أو خطوات. وننوه هنا الى ناحية هامة هي أن ليس كل حالة علاجية بالضرورة تتقدم من حالة الى حالة أخرى بنفس الطريقة أو بالمعدل ذاته ولكن في سياق هذه العملية العلاجية تطبق التقنيات السلوكية، والانفعالية، والمعرفية التي سبق وذكرناها في هذا الكتاب.

ونحن بشرحنا للعملية العلاجية، لا ننسى ما وضحناه هنا في اللوحة رقم (١١) والتي تمثل ملخصاً للأطوار الرئيسية للعلاج العقلاني ـ الانفعالي لمرضى الادمان على الكحول والمخدرات اضافة الى النقاط الأكثر أهمية والأهداف في كل مرحلة من مراحل العلاج الرئيسية، ونقصد الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية الواجب دمجها وربط بعضها ببعض.

إن المرحلة الأولية للعلاج تتضمن خلق التحالف العلاجي بين المعالج والمريض، وتقويم وتحديد طبيعة المشكلة، والمشاركة في وضع أهداف العلاج الأولية. أما المرحلة الثانية فتحوي على تطبيق الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية لمساعدة المريض على تبديل ارتباطه اللاتكيفي بالكحول مساعدة نوعية. وننوه هنا الى أن الاستراتيجيات السالفة الذكر تختلف وفقاً للفروق الفردية المصادفة عند المرضى.

ونقصد اختلاف سمات شخصياتهم واستجاباتهم. ومهما يكن من أمر يشجع المريض على ممارسة ضبط أكبر على نزوعه الادماني نحو الشرب بواسطة تعليمه التقنيات الضابطة للمنبهات المثيرة للسلوك الادماني، والتعاقد السلوكي (أي ابرام عقد بين المعالج والمتعالج)، ومناهضة الأفكار اللاعقلانية الخاطئة التي تدعم ادمانه وتكرس نزوعه نحو المدمن أو المسكر

أما المرحلة الثالثة من العلاج فتتضمن رصد التقدم العلاجي واعادة تقويم الأهداف. وفي هذه المرحلة أيضاً منظور تطويري لشفاء المريض والتعامل مع مختلف المشكلات السلوكية والانفعالية في الوقت الذي يستمر في تزويد المريض بالدعم للحفاظ على التقدم العلاجي الذي حصل عليه، أي في الفطام عن الكحول أو المخدر

وما أن يتم تحقيق الاستقرار في الكف عن تعاطي الكحول أو المخدر، توجه الجهود نحو مناهضة المعتقدات الخاطئة التي قد تنتاب المريض والتي تدفعه عموماً الى الحط من ذاته، وما يترتب على ذلك من نتائج سلبية سلوكية وانفعالية. وما أن يقترب العلاج نحو مرحلته

النهائية بنجاح، فإن معظم هذه المرحلة تكرس لازالة المشكلات المرتبطة بقبول الذات وتحسين النظرة نحو الذات كفلسفة وقائية ضد الادمان. وهنا يمكن مناقشة المريض بجملة من مشكلات التكيف الانفعالية.

٢ ـ التدبر العلاجي:

لعل القضية العملية التي غالباً ما تبرز عند التعامل العلاجي مع المدمنين هي قضية الانتكاس Relapse. فالأبحاث «الطولانية» التي تناولت هذه القضية ابانت أن الكحولي (وغيره من المدمنين) خلال كامل سيره مع مشكلاته الكحولية هو عرضة لكثير من حالات النكس أو الانتكاسات. وهذه الانتكاسات تعد بمثابة قاعدة وليست أموراً استثنائية شاذة. ورغم ذلك، ففي بعض الأساليب العلاجية التقليدية نادراً ما تناقش مسألة الانتكاس بدعوى الخوف من أن هذه المناقشة تعد بمثابة الضوء الأخضر الذي يعطى للمريض للتهاون في صرامة كفه عن المشروب أو المخدر، أو لنقل تشجيعه أو اعطاءه الأذن والسماح له في اختبار نفسه ازاء قدرته على الاستمرار في الكف والامتناع عن المشروب أو المخدر.

الاّ أن الفكر العلاجي الحديث، وهو العلاج العقلاني ـ الانفعالي يرى الانتكاس كحوادث ذات قيمة ثقافية كبيرة بالنسبة للمدمن المريض. ويتعين عليه الاّ ينظر الى الانتكاسات من زاوية الفشل والعجز، بل من زاوية وقائع يمكن أن تحدث، ومن ثم تدريبه على تجاوز هذه الانتكاسات بعزيمة جديدة غير محبطة، وبالتالي العودة

الى الكف ثانية. فالانتكاس هو كبوة ولا يعني أنه غير قادر على الوقوف ثانية معافى.

تناقش مسألة الانتكاسات التي من الممكن أن يصادفها المريض من زوايا ومقولات واقعية ونقصد أن الانتكاسات هي بالتأكيد ظواهر سلوكية ـ معرفية غير مرغوبة على الاطلاق من جانب المريض، ويجب مقاومتها وتجنبهاوالانتكاس لا يعني اطلاقاً أن أساليب المعالجة فيها أخطاء أو كانت فاشلة مى جانب المعالج أو أن المريض لم يبذل جهده الكافي في تدبر ذاته بتحسين ظروفه ولعل التفسير الأكثر عقلانية وصواباً والذي يمكن طرحه فيما يخص الانتكاس هو أن بعض التبدلات المعرفية أو السلوكية أو الاثنين معاً عند المريض لم تستكمل بعد لتأخذ شوطها النهائي الايجابي.

إضافة الى ذلك فأنت كمعالج يتعين عليك أن تطرح الانتكاس الى المريض كنتيجة من نتائج الخيار حتى لو كان هذا الخيار ليس على مستوى الوعي أو الأمر الظاهر ونادراً ما يكون الانتكاس نتيجة النزوع غير المسيطر عليه نحو الشرب أو تعاطي المخدر، رغم أن المريض ينظر الى هذا الانتكاس من هذا المنظار. ولكن سبب الانتكاس في واقع الأمر، وهذا غالباً ما يحدث هو الشدة Stress أو الاضطرابات الانفعالية النوعية التي تحرض النزوع نحو الشرب وتقويه، سواء أكانت هذه الاضطرابات مباشرة أو غير مباشرة. لذلك فإن المعلومات الهامة يمكن أن يتزود بها كل من المريض والمعالج معاً من خلال التثمين الحقيقي والمخلص الأمين لخبرة الانتكاس التي عاناها المريض. وعلى هذا يتوجب على المعالج أن يناقش بصراحة

تامة احتمالات حدوث الانتكاس وكيفية التعامل معه بدون أن يكون في هذا النقاش وفي مضمونه أي فهم من جانب المريض على اعطاء الضوء الأخضر لحدوثه، أو التشجيع عليه، أو على حتمية حدوثه.

ويذكر القارىء ما أتينا على تفصيله في الفصل الخامس من هذا الكتاب، ونقصد مسألة ما أسميناه بتأثير خرق قرار الامتناع عن تعاطي الكحول أو المخدر (Cordon 1985) وهذه ظاهرة يخبرها المريض عندما يرتكب زلة أو هفوة بعودته الى الشرب أو تعاطي المخدر، حيث يباشر في تهويل معنى هذه الزلة، ويعدها بمثابة كارثة، فلا يقدر على العودة من جديد الى الكف بسبب ايمانه بخسارة ارادته وعزمه على الكف والامتناع، وفقدانه السيطرة على نفسه، واهانة كبيرة لاعتبار الذات أو الفعالية الذاتية.

إن مسألة الانتكاس يمكن أن تناقش مع المريض بطريقة حوارية في بداية المعالجة، ويفسر للمريض الذي خرق العقد مع ذاته فأخطأ بحق نفسه فعاد الى الشرب أو تعاطى المخدر واختار الادمان بينما كان الهدف مثلا الشرب المعتدل المراقب أو الامتناع التام، نقول تستطيع أن تفسر له أنه يسير على خط فاصل دقيق بين تجاهل الخطأ الذي وقع فيه، وذم الذات ولعنها وتحقيرها.

وليعلم المعالج أن عليه أن ينتهز كل فرصة خلال سياق العلاج في تشجيع المريض على الافصاح عن زلاته وهفواته في الشرب ويصارحه بها، كيما يتعلم الأسباب من هذا الزلات، ويتساعد مع المعالج في ازالة أسباب هذه الزلات. ويشجع المتعالج أيضاً على

تفسير معنى الزلة من أجل تجنبها، أي تجنب ما أسميناه بالتأثير الخارق لقرار الكف عن شرب الخمر أو تعاطي المخدر

وأكدت التجارب السريرية أن التأثير الخارق للكف له نتائجه وأبعاده الخطيرة أحياناً على سلوك المريض المدمن. فالعلاج يتوقف عندما يشعر المريض أنه لاقى الفشل التام بحيث إنه لم يعد في استطاعته أن يواجه المعالج ويعود إليه وأن العلاج برمته نسف من أساسه فأضحى في موضع اليأس، وعليه والحالة هذه أن يعود الى تدمير ذاته بالامعان في الشرب والتهالك عليه.

يتضمن العلاج مسألة اعطاء تدريبات بيتية ينفذها المتعالج بين الجلسات العلاجية. وهذا جزء هام من العلاج العقلاني ـ الانفعالي. ويتعين على المعالج أن يخلق عند المريض المدمن. من خلال كلامه معه، توقعات ايجابية نحو مزيد من التحسن إذا ما أنجز واجباته البيتية بين الجلسات العلاجية. وحسب مستوى التفاعل والالتزام القائمين ازاء العلاج، في مقدور المعالج اعطاء وظائف وواجبات بيتية للمريض لانجازها مثل قراءة كتيب أو نشرة، أو الاستماع الى شريط صوتي، ومن ثم يوسع هذه النشاطات لتكون نوعية، وتمارين مفصلة عندما يتقدم العلاج.

ومن الأهمية بمكان أن يفحص المعالج ما أنجزه المتعالج من واجباته البيتية المحددة له، ومدى اقباله عليها والتزامه بانجازها. ومثل هذا الاهتمام الذي يبديه المعالج بالواجبات البيتية يعطي الانطباع الى المتعالج بكون هذه الواجبات هي جزء هام من العلاج،

وبالتالي تزود المعالج بالمعلومـات عن مدى انخـراط المريض بـالعملية العلاجية وتحمسه نحوها، اضافة الى مدى امتلاك المتعالـج للمهارات الأساسية التي يشجع على كسبها في العلاج.

وليعلم المعالج أن الأنماط المعرفية التي هي على درجة كبيرة من التفصيـل والتوضيـح في الوظـائف البيتية لا تكـون نافعـة جـداً عنـد معظم الكحوليين والمدمنين على المخدرات وبخاصة في بداية العلاج، إذ لم يكونوا بعـد معدين لانجـاز مثل هـذه الوظـائف ولا هم قادرون عـلى فهمها واستيعـابها، لـذا يستحسن أن تكون الـوظائف مـلائمـة لقـدرة المريض. ومستـوى ثقافتـه وذكائـه، وأيضاً درجـة رغبـاتـه في انجازها بين الجلسات العلاجية، كما ويجب أن تكون واقعية، وعملية وقابلة للانجاز

هناك قضية هامة تبرز خلال العـلاج عندمـا تبدو المعـالجة غـير ناجحة وفشل المعالجة المعتمدة عادة ما يظهر بعـد جلسات عـلاجية قليلة، أو بعد فترة نجاح علاج مقبول عند المريض الذي حدد هدف عـلاجه بـأن يشرب بـاعتدال. في هـذا الموقف عـلى المعالـج أن يقوّم الحـالة فيـما إذا كان الشكـل الأكثر تحـديداً أو تكثيفـاً من العلاج هـو الذي يحقق النجاح العـلاجي الأفضل. وقـد يكون هـذا الشكل هـو وضع المريض في برنامج علاجي ينفذ في المستشفى أي برنامج اعـادة تأهيل، أو في ازالة السمية الكحولية باقامته لمدة قصيرة في المستشفى.

وجدير بالذكـر أن الدراسـات السريـرية لا تشـير بوضـوح الى كون البرنـامج اعـادة التأهيـل المتعددة الأبعـاد Multidimensional أو

المكثفة هى بالضرورة أكثر فعالية من أشكال المداخلات العلاجية الأقل من الأولى (Miller 1985. الاَّ أنه بالنسبة لبعض الأفراد، وبخاصة أولئك الذين يجدون صعوبة في البقاء ضمن مجتمعاتهم وهم ما زالوا ممتنعين عن تعاطي الكحول أو المخدرات، فإن الخيارات الأخرى العلاجية يجب أن تكون موضع فحص وتدقيق وموزونة. وعلى المعالج أن يلفت نظر المدمن الى أنه إذا لم يمتنع عن تعاطي الخمرة فلابد من احالته الى مصح خاص بالادمان، ومثل هذه التنبية قد يحفز المتعالج ليكون حكيماً لاجما ذاته. وليعلم المعالج أن المصحات الخاصة باعادة تأهيل المدمنين تكون سهلة ولكن ليست بالطريقة السهلة بالنسبة للمرضى المدمنين على الكحول أو المخدرات النشطين في ادمانهم ليتابعوا العلاج والسير قدماً نحو الامام. فهؤلاء عندما يدخلون هذه المصحات النوعية، يكونون في مأمن من الاغراءات والمنبهات المثيرة كنزوعات شربهم، وبعيدين عن المسئوليات المهنية والأسرية. ولكن ما أن يخرجوا من هذه المصحات حتى تنبثق عندهم طرق جديدة من التفكير، والمشاعر، والسلوكيات وهم في أجواء محيطهم الطبيعي. وفي هذه الحالة يتابع علاجهم على أساس مرضى عيادات. تنبع مسألة هامة تواجه المعالج هي الصورة التي يجب أن تكون عليها علاقاته مع الأفراد الذين يلوذون بالمريض المدمن من أفراد أسرته والجهاز القضائي. وأرباب عمله إذ أن هؤلاء لهم علاقة مباشرة بالمريض المعالج ويتابعون سيرته العلاجية وحالته

إن الأسلوب العملي والشائع هو الاهتمام بهؤلاء ولكن بدون

المساس اطلاقاً بالسرية وبحقوق المريض المتعالج بالحفاظ على المعلومات الخاصة به، فلا يكشفها الى أحد الاّ باذنه وبموافقته. فتلك أمور من جوهر اخلاقيات المهنة ونواميس ممارستها. وهنا لا بد وفي بداية المعالجة، أن يستأذن من المريض ليعلمه عن المعلومات التي يوافق على الكشف عنها عند الطلب الى الآخرين الذين يلوذون به ويرتبطون بحياته، وبأية ظروف يراها مناسبة للكشف عما يرغبه من معلومات عن حالته وسير علاجه.

وفي الوقت الذي نرى أن مريضاً قد يسره أن تنخرط زوجته انخراطاً تاماً في مسألة علاجه وبدون حدود أو تحفظ، نرى مريضاً آخر على نقيض ذلك يرفض رفضاً تاماً مثل هذا الانخراط. لذا فإن مسألة استئذان المريض عن نوعية المعلومات التي يمكن أن يكشف عنها الى الأفراد المحيطين به هي هامة ويجب أن تتم في باكورة العلاج. ومع ذلك فإن من واجب المعالج أن يناقش المريض انطلاقاً من مصلحته وسير علاجه، أن يحدد بعض الأشخاص الذين يمكن أن ينخرطوا في اطار العلاج من أجل تقديم العون اليه كطرف ثالث في العملية العلاجية.

٣ ـ توقف العلاج:

إن السؤال المطروح هو: متى يكون مناسباً ايقاف العلاج؟

على المستوى المثالي يتخذ هذا القرار باتفاق مشترك بين المعالج والمتعالج إذ عندما تتقدم المعالجة وتسير في طريقها المرسوم المخطط لها، فإن طوراً من العلاج المكثف المشدد الذي يبتغي مساعدة

المـريض على تعلم ايقـاف تعاطي الكحـول أو المخدر، والابقـاء على هذا الايقاف يتبعه انتقاء لأهداف علاج جديدة تتوخى تقديم العـون للمريض بغية تعلم تبديل حديث مع ذاته، وأفكاره اللاعقلانيـة التي تقود الى اضطراب الوظيفة السلوكية والانفعاليـة. وما أن يـأخذ هـذا الطور العلاجي أبعاده المطلوبة حتى يقل تواتر البرنامج العلاجي، أو يتم اعادة هيكلته حسب الحاجة الراهنة. يشجع المريض عـلى اختيار مـا يرغب من عمـل، وأيضاً التعـامل مـع مختلف التقنيـات العمليـة الخاصة بحل المشكلات الانفعالية ضمن اطار عمل العـلاج العقلاني ـ الانفعالي.

وهنـا عنـدمـا يتثبت تـوقف المـريض عن تعـاطي الكحـول أو المخدرات ويتحقق هذا التبديل في السلوك المطلوب لفترة مقبـولة من الزمن، وغالباً ما تكون المدة بحدود تسعة أشهر أو أكثر، فـإن توجيـه العلاج يمكن نقله الى تنمية شخصية المريض في التدبر الذاتي العقلاني بأموره والى نشاطاته التي تغني وتزيد من قبولـه لذاتـه وفي مثل هـذا السيناريو العلاجي المثالي تقريباً فإن القرار بايقاف العلاج يأخذ مجرى في بداية الأمر من العلاج المنتظم الى العلاج المتقـطع الذي يقـوم على اجراء اتصالات علاجية حسب الطلب. وأن توقف العلاج توقفاً تاماً يـأتي فى اعقاب انتهـاء العمليـة التـطويـريـة والمنـطقيـة التي أضحت الأسلوب الجـديد في حيـاة المريض والتي هيمنت عـلى كامـل العملية العلاجية.

وعـلى المستوى الـواقعي فإن اتخـاذ القرار بـايقـاف العـلاج أو الاحالة الى الجهـات الأخرى (أي المـريض) يحدث عـادة لعديـد من

الأسباب. فقضايا ايقاف المعالجة تواكبها بعض الظروف التالية:

في بعض الأحيان يوقف المريض المعالجة بموافقته لأسباب غير نوعية ولا واضحة محددة. وفي حالات أخرى توقف المعالجة نتيجة تأثير بعض المشكلات العملية أو بسبب رغبة المريض باختيار معالجة أخرى أو بامكانية مساعدة ذاته.

في سيناريو آخر توقف المعالجة نظراً لعدم الوصول الى النتيجة العلاجية المرجوة. ومرة أخرى قد توقف المعالجة بأسلوب دون المثالية من جانب المريض بسبب انسحابه منها.

عندما يقرر المريض ايقاف علاجه بعد سلسلة من الجلسات الأولية، وبعد أن يحدث التبدل المنشود أو بجزء منه ازاء سلوكه الادماني اللا تكيفي اضافة الى اكتسابه مهارات التدبر الذاتي المنطقي (أي قدرته على السيطرة وتبديل الأفكار اللاعقلانية علة ادمانه)، قد يقرر أن علاجه استكمل وبلغ الغرض المنشود، لذا فإنه أصبح ليس بحاجة الى العلاج. وهنا يتعين على المعالج مراجعة ومعاينة تفكير المريض مراجعة واضحة وبصورة مادية، حيال ايقاف العلاج، وبدون أن يسأله عن الحكم الخاص بتقدمه العلاجي، يعد المعالج لائحة بالأهداف التي بقيت بدون انجاز، ويتوجب الوصول اليها. وفي هذا السياق يجب الا يغيب عن ذهن المعالج المعالجات السابقة للمريض اضافة الى جهوده الذاتية غير الناجحة في محاولاته للتخلص من ادمانه، وهنا يتضح له (أي للمعالج) فيما إذا كان المريض في حكمه بايقاف المعالجة هو أمر سابق لأوانه في ضوء تلك الأهداف العلاجية التي يتم الوصول اليها بعد قصته الادمانية السابقة، أم أنه

مصيب في تقديراته بايقاف العلاج، فإذا اتضح له أن الايقاف هو سابق لأوانه فعليه أن يفند للمريض هذا الأمر. وننبه الى أهمية اعطاء المريض الذي يقرر ايقاف علاجه الخيار باعادة معالجته عند ظهور أية علامات صعوبات الكف عن الامتناع. وأنه لمفيد حقاً أن يراجع المعالج بعض العلامات مع المريض المتعالج التي قد تدفعه الى العودة ثانية الى العلاج. وإذا أدرك المعالج أن قرار المريض بايقاف معالجته هو أمر في غير مصلحته وسابق لأوانه، عليه أن يجعله يوافق على لقاءات علاجية متابعة Follow up، والاتصال به هاتفياً وغير ذلك من النشاطات النوعية بتواريخ مستقبلية متفق عليها.

وعلى المعالج أن يظهر للمتعالجين أنه مؤمن واثق بالاعتماد على ذواتهم، وأن أية صعوبات قد يواجهونها مستقبلا لا تعني أبداً الفشل.

وفي بعض الأحيان يمكنك تأطير هذه الكلام بالاشارة الى أن الكحولية لا تشفى ولكن يتم تدبرها والسيطرة عليها. وفي الوقت الذي يجهد المعالج في بذل الجهود الرامية الى تبصير المريض تبصيراً واقعياً بأي انتقاص وراء قراره بايقاف العلاج، فإنه يكون من المناسب أن يكون التقرب متضمناً الاحترام لوجهات النظر المختلفة إن برزت خلال النقاش.

في بعض الأحيان يقطع المريض المعالجة اعتقاداً منه بعدم جدواها وضعف فعاليتها، أو أنها بدت غير ضرورية، أو أنها متعارضة مع بعض العلاجات التي تقدمها جماعات تنخرط في علاج

جماعي يقوم بأصوله على مساعدة الذات Self-help group. ومرة ثانية نهيب بالمعالج أن يتكلم مع المريض حيال قراره من كل الجوانب السلبية والايجابية كيما يدرك الى أي حد كان قراره صحيحاً أو ناقصاً، ومما لاشك فيه أن العلاج يخلق للمريض بعض الانزعاج، وأن هذا الانزعاج، قد يدفع بعضهم الى ايقافه، بخاصة إذا كانت الجلسات الأولية العلاجية لم يشعروا فيها أنها قدمت لهم شيئاً من النجاح والتقدم بالنسبة لمفهومهم وتقديراتهم الذاتية. وليعلم المعالج أنه إذا تمكن من خلق توقعات معقولة ومناسبة عند المريض وأوضح له أن العلاج يحتاج الى جهود وصبر وحشد جهوده (المريض) للتغلب على مشكلته بدون أن يقدم ضمانات علاجية فيها شفاء مضمون وسحري، فإن المريض والحالة هذه سيظل مثابراً على المعالجة في معظم الاحتمالات. وإذا أوضح للمريض أيضاً أن العلاج العقلاني - الانفعالي لا يتعارض اطلاقاً مع العلاج الجماعي الذي يقدم العون العلاجي الذاتي، فإنه يكون قد حفزه الى الأخذ بالعلاج الذي يمارسه والاستمرار فيه.

وكما ذكرنا فإن توقف المرضى عن العلاج غالباً ما يجدون في مبررات هذا الانقطاع عدم وصولهم الى الهدف (أو الاهداف) الذي ينشدونه من العلاج. وأن هذه الأهداف التي يضعونها ويصبون الى تحقيقها غالباً ما تكون غير منطقية ولا عقلانية في مثل رغبتهم في الاستمرار في الشرب على الاّ يعانوا من النتائج السلبية للكحول. أو التفتيش عن شفاء سحري لمشاكل متعددة ترتبت عن الكحول. وأيضاً يتوقف المتعالجون عن الاستمرار في العلاج لأسباب شخصية

بحتة، مثل عدم ارتباطهم بشخصية المعالج، أو تأثرهم بآراء عامة الناس ان العلاج قد يكون مؤذياً وضاراً وغير ضروري.

والمعالج الفطين هو الذي يسبر أسباب ترك المريض العلاج لأنه قد يحصل على معلومات مفيدة للتعامل مع مرضى مماثلين مستقبلا. من ناحية أخرى، نجد أنه ليس صحيحاً أن المرضى الذين ينقطعون عن العلاج يكون بسبب الانتكاس الذي أصابهم. أي بتعبير آخر أن الانتكاس ذاته هو الذي أضعف عزيمتهم عن الاستمرار فعملية المتابعة العلاجية في هذه الحالات قد تكون مفيدة في تبديل أخطاء مفاهيمهم وتصوراتهم عن معنى الانتكاس. الأمر الذي قد يدفعهم لالتماس العلاج مرة ثانية. وقد تعوزنا المعلومات الاحصائية عن معرفة نسب الانتكاس، الاَّ أن في اعتقادنا كمعالجين أن عدد الانتكاس ينخفض الى حد كبير إذا ما تمكن المعالج من وضع هدف العلاج، وشرح العلاج العقلاني ـ الانفعالي شرحاً مفيداً مقنعاً للمريض (طبعاً حسب مستواه الثقافي) ونقصد توضيح الطبيعة التوجيهية التي يتميز بها هذا النوع من العلاج، وأيضاً ببذل جهد لخلق أهداف واقعية عند المريض وتوقعات مؤملة

تبرز مشكلة أخرى هي عندما يتم ايقاف المعالج بعد رفض المريض تحويله الى جهة علاجية أخرى، وتبع ذلك تقهقر حالة المريض رغم علاجه على مستوى مريض خارج المستشفى (أي عيادي). وهنا تقضي الحكمة والواقع أن يقوّم المعالج فيما إذا كانت الطريقة العلاجية المتبعة التي عالج بها المريض هي كافية وفعالة في علاج مشكلاته. وكما ذكرنا في هذا الفصل، عندما تسوء حالة

المريض ويعاني من انتكاسات متكررة، ويتعرض الى متاعب أسرية ومهنية ناجمة عن تهالكه على الخمرة وادمانه، فإن احالته الى مصدر علاجي آخر هو الحل الواجب أن يختاره ويقرره المعالج، ونقصد بالمصدر العلاجي المستشفى الخاص في علاج الادمان التخصصي حيث تكون هناك برامج علاجية مشددة صارمة وموجهة، وعلى المستوى النظري يظل مثل هذا المريض يستفيد من علاج خارج المستشفى (أي العلاج في العيادة)، ولكن الاختلاطات التي يعاني منها تفرض التماس علاج في تلك المصحات العلاجية.

إن استمرار العلاج في العيادة (خارج المستشفى) من قبل المعالج رغم تراجع المريض وتقهقره قد يخلق عنده الاعتقاد، وعند غيره ممن يحيطون به بعدم جدوى هذه المعالجة وضرورة التماس معالجة أخرى عند غيره، أو بالعكس تكون المعالجة فعالة من حيث الأساس ولكن لم يستفد منها المريض. من جهة أخرى يحسن تحديد أهداف العلاج النوعي، ومن ثم مراقبة ورصد التقدم الذي أحرزه المريض رصداً منتظماً وبخاصة أولئك المرضى الذين يعانون من أشكال حادة من الكحولية أو اضطرابات ترتبط بتعاطي المخدرات.
وينصح المعالج بالأخذ بالمبادىء العامة التالية عند الاقرار متى وكيف يجب أن يتم ايقاف معالجة المريض:
أ ـ حيثما الأهداف العلاجية قد تم الاتفاق عليها (بين المريض والمتعالج) حينئذ فإن الانقطاع عن العلاج بقرار يتم بين الاثنين بعد تحقيق الكثير من هذه الأهداف أو بعض منها.
ب ـ إن قطع المعالجة بعدما تم بذل جهود بدائية فعالة وذلك نتيجة

الرغبة القوية في انهاء العلاج التي يبديها المتعالج والتدبر بذاته هذا الانهاء يمكن الاتفاق عليه على أن يشجع باجراء زيارات متابعة يحدد أوقاتها وتواريخها المعالج.

جـ - عندما يقرر المتعالج انهاء العلاج لأنه لم يحصل على الفائدة العلاجية المرجوة أو لعدم قناعته بالطرق التي يتعالج بها أو لتعارضها مع العلاجات الأخرى القائمة على العون الذاتي، على المعالج أن يتبنى طرقاً عملية ومادية في مناقشته لهذا القرار الذي اتخذه المتعالج وفي كل الأحوال، وهذا ما يجب الا يغيب عن ذهن المعالج اطلاقاً، ان القرار بانهاء العلاج يعود أولا وأخيراً الى رأي المتعالج، ودور المعالج فقط هو التبصير والنصح والارشاد.

الخلاصـــــة:

غـالباً مـا تكون قضـايا اجـراء العلاج هـامة جـداً في التـدبـر العـلاجي للكحوليـة ولغيرهـا من المواد المحـدثـة لـلادمـان والتعـود (المؤثـرات العقلية). وهـذا الأمر تتضـح أهميته بخـاصة عنـد المرضى الذين يعانون من أشكال حادة من الاضطرابـات نظراً لأنـه غالبـاً ما يترافق مع هذه الاضطرابات اختلاطات متعددة. وهذه الاختلاطات لا تظهر بين ليلة وضحاها، لذا فإن المعالجة الفعالة تكون طويلة.

وبهـدف تقـديم العـون للمـرضى من أجـل تبـديـل أفكـارهم ومشـاعرهم، وسلوكيـاتهم التي هي مـوطن اضـطرابهم الكحـولي أو الادماني وجوهر علتهم، فإنه من المفيد جداً توجيه المرضى نحو تحقيق تقدم في أحوالهم وليس الـوصول الى الكمـال. لهذا فـإن المثابـرة على انجاز المراحل المتعددة من العملية العلاجية هي أمر مطلوب.

ففي الـطور البدئي الأولي يتعـين الالحاح عـلى اقـامـة عـلاقـة علاجية اغرائية مقنعة جذابة بين المـريض والمعالـج، وتحديـد أهداف العـلاج، والبدء في تعليم المـريض كيف يتصـدى لأفكـاره الخـاطئـة المسببة لاضطرابـه الانفعالي الـذي بدوره يحـرض النزوع نحـو شرب الخمر أو تعاطي المخدر لاضعاف قلق الانـزعاج. في الأطـوار التاليـة العـلاجية، وبخـاصة بعـد أن يتمكن المريض من اكتسـابه السيـطرة الاشـراطية عـلى سلوكه الادمـاني، ينتقل العـلاج الى تعليم المـريض التـدبر العـلاجي الذاتي الانفعـالي ـ العقلاني للمنبهـات الفكـريـة، والانفعالية والسلوكية والموقفيـة التي تحرض عـلى الميل نحـو المخدر أو الكحول وتنشطه

وفي المراحل النهائية يتناول العلاج حل المشكلات الانفعالية والعملية لمساعدة المريض على الابقاء مفطوماً ممتنعاً عن الكحول أو المخدر اضافة الى اعادة تبديل وتنظيم حياته، وتغيير تفكيره الخاطىء التحتي الذي يسهم اسهاماً كبيراً في النزوع نحو تعاطي المخدر أو الكحول بالدرجة الأولى.

إن المنظور المتطور للعلاج يقتضي التخطيط المشترك بين المريض والمعالج في تحديد أهداف العلاج وتقويمه. ولابد من الاقرار والقبول للحقيقة التالية هي أن قضايا تدبر (علاج) الحالة المرضية والاختلاطات التي تواكب عادة الادمان عموماً وبخاصة في الحالات الحادة، يجب أن تكون ضمن توقعات المعالج وفي منظوره، ويجب أن يدرك المعالج أن العلاج النفسي بذاته ولوحده لا يترتب عنه الشفاء الكامل من الادمان على الكحول أو المخدر.

وبينما نرى أن العلاج العقلاني ـ الانفعالي قادر على الاسهام اسهاماً كبيراً في علاج الادمان على الكحول والمخدرات، فقد يكون ليس العلاج الوحيد الذي يحتاجه المريض أو ينخرط فيه من أجل حصوله على تبديل السلوك الادماني والابقاء على هذا التبديل في حياته اليومية. لذا فإن المعالج الواعي الحذر يشجع المريض أن يكتشف ويحاول التفتيش عن كل السبل والوسائل الأخرى التي تقدم له العون عن تبديل سلوكه الادماني وامساكه عن المخدر والكحول دوماً من خلال تبديل أسلوب حياته السابق كلياً.

وما أن تتحقق أهداف العلاج من خلال المراحل العلاجية

الآنفـة الذكـر يتوجـه الاهتمام الى ايقـاف العلاج أو تبـديل الاجـراء (الأسلوب) العـلاجي. ففي الحالات الشـديدة الحـادة، فإن احـالـة المريض الى مؤسسات عـلاجية مختصـة بعلاج الادمـان بغرض تحقيق عـلاج مكثف وأكـثر نـوعيـة هـو أمـر يجب أن يـراعى ويؤخـذ بعـين الاعتبار

وبينما نجد أن ايقاف العلاج من جانب المريض هو أمر شائع، الاَّ أن نسبة من يقررون ترك العلاج وهجره يمكن تخفيضها من خلال أسلوب الهـدف الموجـه، والتوقعـات الواقعيـة لما يمكن أن يصـادفهـا المتعالج وباللجوء الى الطرق الأكثر فعالية المتوفرة، وبالحذر الكبير من الاختـلاطات الكثيـرة للمشكلات التي يبـرزها المـريض ويظهـرهـا، وأخيراً بمراجعات ما تم احرازه من تقدم علاجي بصورة دورية.

الفصـــل العاشـــر

التعامل مع الفرد الذي يقدم العون للمريض المدمن

من البدهي أن الكحولي أو المـدمن موجـود ضمن محيط أسري في معظم الأحيان. وهذا المحيط إما أن يكون أسرتـه ـ زوجته وأولاده ـ وإما عائلته: أبويه واخوانه وأخواته أو أقرانه. وهنا نجـد أن مسألـة الاضطراب الكحولي لا تكون عادة محصورة بالمريض بل تمتـد مشكلة الاضـطراب لتلف وتؤثر أيضـاً على من يحيط بـه من أقربـائـه وأفـراد أسرته. وهؤلاء يفرض عليهم المرض الادمـاني الذي يعـاني منه أحـد أفـراد الأسرة الألم، والمعـاناة، لأنهم يجـدون أن واحـداً ممن يلوذ بهم يدمر ذاته، ويدفع بنفسه الى الهلاك نتيجة الادمـان على المسكـرات أو المخدرات.

إن أي واحد يلتصق بالمدمن سواء أكان من أصولـه في القرابـة أو من أفراد أسرته يعرف تماماً السلوك العـدواني والمؤذي الذي يبـديه المـريض المدمن إزاء من يحيط بـه من أحبائـه ومريـديه، وكيف يبدد ويمتص موارد ومصادر أفراد أسرته لارضاء ولعه الادماني فيقعـد ملوماً محسوراً على صنيعه. وهكذا نجـد أن أجواء أسـرة المدمن تلفهـا دوماً غمـامات القلق، والخـوف، والبؤس، وفقدان الـطمأنينـة من جـراء سلوك المـدمن تجاه من يلوذ بـه من فظاظـة لفظيـة، وثورات الغضب الجنوني، والايذاء الجسدي الذي ينـزله بـأولاده أو زوجته، أو تـدمير لممتلكاته أو العبث بلقمة عيش أسرته (Brown, 1985, Royce 1981).

ومن خلال معرفة التأثيرات الضارة لسلوك الكحولي على أفراد أسرته، تقدم الجمعيات الخاصة (وهي موجودة في الولايات المتحدة الأمريكية) التي تعنى بعلاج الكحولي، تقدم الارشاد النفسي لأفراد أسرة الكحولي بايجاد زمر وجماعات ضمن برامجها الارشادية العلاجية يتم فيها العلاج والارشاد على أساس ما نسميه بالجماعات التي تقدم العون لذاتها وبنفسها Self-help groups خاصة بازواج وأولاد الكحوليين أو المدمنين على المخدرات. وفي هذا الفصل سنتكلم عن الأزواج الذين يعيشون مع أقرانهم المدمنين.

وصنفت كثير من الدراسات التي تناولت باسهاب المشكلات الأسرية عند المدمنين أن الادمان عموماً هو مرض أسري (Paoline 1975, Brown 1985). ويسمى الأفراد من زوجات وأولاد أو الأقرباء أو الأصدقاء الذين يقدمون العون المباشر للمدمن بحكم عيشهم معه وارتباطهم به بالأعوان Enablers. وعادة ما تقوم وظيفة هؤلاء الأعوان الذين يلوذون بالمدمن على تشجيعه وحفزه بطرق لا شعورية ورقيقة، وغالباً ما تكون سلوكيات هؤلاء الأعوان متسمة بالمغالطات والمظاهر الخداعة Fallacy في تعاملهم مع المدمنين.

وفي بعض الأحيان نجد أن بعض أعضاء الأسر هم بواقع الحال أعوان المدمن، ويكونون مدمنين أيضاً ـ ويشاركون المدمن في ادمانه ـ فإن القليل من الأبحاث قد تطرقت الى هذا الموضوع في ميدان فهم هؤلاء الأعوان وتبديل سلوكهم الادماني. في هذا الفصل سنوضح دور العلاج العقلاني ـ الانفعالي في مسألة الأعوان enahless، والطرق التي تساعد هؤلاء بالخروج عن دورهم.

١ ـ أنماط شخصيات الأعوان:

الأعـوان هم الأفراد الـذين يبـدون أنهم يقـدمـون العـون الى الكحولي أو المدمن للاستمرار في ادمانه. هنالك عدة طـرق يلجأ اليهـا هؤلاء الأعـوان لتسهيـل استمـرار الادمـان. الأولى تقـديم المـال الى المـدمن لشراء مـادة إدمانـه (الكحـول أو المخـدر)، أو بمشـاركتـه في تعـاطي الكحـول أو المـادة المخـدرة. وهـذا النـوع مس شخصيـات الأعوان يدعم دعمـاً مكشوفـاً لعادات الادمـان عند المـدمس من هذه الأسرة، ونسمي هذا النوع من المعين بـالمشترك أو الضـالع في تخليـد الادمان عند المدمن وتعزيزه.

أمـا النموذج الثـاني المعين، فهـو على نقيض النمـوذج الأول، يعـارض سلوك المدمن قـريبه أو محبـوبه في شـربـه للخمـر أو تعـاطي المخـدر، ويشن حملة مكشوفـة ضده بغيـة ردعه عن الشـرب والتخلي عنـه، نسمي هذا النـوع من المعين المنقـذ من الشر Messiah. وهـذا المنقذ يحاول منع المدمس من الولوج في الاختـلاطات والنتـائج المؤذيـة للادمان، وانقاذه من شروره. ويسعى هذا المنقذ الى انقاذ المدمن من الـورطات التي يقـع فيها نتيجـة ادمانـه كخسارة العمـل، أو تبديد أمـواله ووصـوله الى درجـة العوز وذلـك بمده بـالعون المـالي أو بدفـع ديونه وإذا صادف أن تصرف المـدمن تصرفـاً عدوانيـاً مزريـاً قبيحاً معيّراً من الناس أو ضد معينه ومنقذه نجد أن هذا المنقذ يتحمـل هذا السلوك ويبرره بكونـه سلوكاً صـادراً تحت تأثـير الخمـر أو المخـدر، ويسعى الى انقـاذ هذه العـلاقـة من أن تمس بـأي سـوء لاعتقـاده أن المدمس هو بحاجة اليه

ولعل تأثير سلوك المنقذ هو في عزل محبوبه المـدمن من تأثيـرات الادمان. فهذا السلوك يمنع المدمن أو متعاطي الكحول من أن يعيش أو أن يخبر ويتعامل مع التأثيرات الـطبيعية العقـابية أو نتـائج السلوك الادماني. أي بتعبير آخر مثل هذه الحماية تحجب عن المدمن تعـرضه للعقـوبات الـطبيعية التي تعتـرض طريقـه بفعل انغمـاسه في السلوك الادماني، وتمنعه من تعلم ما يردعـه أو يضبط سلوكه الادمـاني. وهذا بدوره ما يجعـل المدمن مستمـراً في ادمانـه نتيجة هـذه الحمايـة وذلك العطف والتغطيـة العاطفيـة الضارة لـه، أما النمـوذج الثالث فهـو ما نسميه بالمعاني الصامت الساكت Silent sufferers. فهذا المعـين المعاني الصامت لا يحاول تبديل سلوك المدمن، ولا يتدخـل في عملية انقـاذه إذا ما وقع في مـأزق أو ورطة نتيجـة سلوكه الادمـاني. وكل مـا هناك فإنه يبصر ويسكت فلا يحرك ساكناً لا بالقول ولا بالفعل، كما لا يمده بـالعون المـادي، ولا ينبري لـديونـه فيتطوع بتسـديدهـا. يمتص الألم والكوارث التي يشاهدها تحل بالمدمن.

إن المعاني الصامت في هذا الموقف الذي يتخذه، يمـاثل سـابقه الذي وصفناه أيضاً فإذا كـان النموذج الثـاني السابق يقـدم الحمايـة فيعطل بذلك اكتساب الخبرات الراضة من جانب المـدمن التي تكون بمثابة قصاص لسلوكه الادمـاني، فإن النمـوذج المعاني الصـامت أيضاً يعطل خبرات المدمن والنتائج الطبيعية التي تترتب عن ادمـانه نتيجـة التظاهر من جانب المعاني الصامت أن ما يفعله المدمن لا ينطوي عـلى أي خطأ. فهو بسلوكه يتآمر بصورة غـير مباشـرة مع المـدمن في انكار المشكلة الادمانية، ويـطرح صورة لـه ايجائيـة بسكوتـه، أن العالم من

حوله هو بخير وسلامة. وننوه أن مثل هذه الشخصية المحيطة بالمريض المدمن تكون غالباً على درجة كبيرة من القدرة على التحمل والصبر وامتصاص الألم والتصرف تصرفاً انكارياً.

٢ ـ التعرف على شخصية المعاون Enahler :

في كثير من الأحيان، ورغم خبرة المعالج السريرية الواسعة يفطن خلال سير العلاج أن أحد أفراد أسرة المتعالج أو صديقته أو محبوبته يشاركه الادمان. كما ويندهش المعالج أحياناً أن المريض المتعالج لا يبدي رغبة ولا استعداداً بذكر أن من يتعامل معه من هذه الفئات هو مدمن. ومثل هذه المواقف نرى فيها كثيراً من المشاكل الأسرية، حالات ادمان زوج أو زوجته، حالات سوء معاملة أولاد واهمالهم. حالات اضطراب اكتئابي وخيم عند الاناث. خصومات بين أفراد الأسرة الواحدة تفضي الى انقطاع الاتصال بين بعض أفرادها لأشهر وقد تدوم لسنين. حالات أزمات مالية أسرية حادة. حالات اضطرابات سلوكية عند الأولاد حيث يرفض الأبوان في الانخراط بالعملية العلاجية. وعادة الأب الذي يفرض الانخراط يتحول الى الكحولية في بعض المواقف. حالات خصومات زوجية عنيفة، يرفض الزوج أو الزوجة العلاج الزوجي. وبالطبع ليست جميع أنماط العائلات التي تكتنف أجواءها المتاعب والمشكلات يعاني من سلوك الادمان بأنواعه المختلفة. ويجب الا يتوقع المعالج أن يجد في كل مشكلة أسرية قصة ادمان تحكي ذاتها. ولكن أيضاً بالمقابل كثيراً ما تفوته حتى المعالج الخبير المتمرس ملاحظة مشكلات ادمان في أسرة ما. وأن نتاج العلاج بدون ادراك هذه الناحية، هو مكافأة

المعين على سلوكه المجهول عند المعالج والنتيجة التي تتمخض عن ذلك هو الرهان على المزيد من المعاناة من جانب المدمن المتعالج بفعل عدم التعرف على هوية من يقدم العون في محيطه وحياته. وبالطبع فإن كثيراً من الأعوان لا يدركون نتائج صنيعهم. سواء أكان المعاني الصامت، أم المنقذ الفعال الذي يقدم حماية للمدمن بدون أن يشعر بصنيعه السلبي لعل الطريقة الوحيدة للخروج من هذا المأزق هو في أن يسأل المعالج المتعالج المريض، ومنذ بداية العلاج وحتى لو لم يذكر المريض خلال القصة الاستقصائية لادمانه، عن نوعية الأشخاص الذين يحيطون به، ومنهم من يتعاطى المخدر، أو عن نوعية الشخصية التي تتعامل معه. أو بأن يتبع خطوة بخطوة لأية مسألة ادمان يذكرها المريض المدمن فيطرح أسئلة نوعية تكشف عن وجود أي شخص ضمن محيطه الأسري أو الصداقي، وكمية أو حجم الشرب، وتواتره.

وغالباً ما نجد أن في مقدرو المعالج أن يكشف من حول المريض وهوياتهم السلوكية وذلك من خلال معرفة العلاقات المتبادلة الشخصية التي يلعبها المعين، ومن ثم التعمق بالأسئلة التي تتناول تعاطي المخدر أو الكحول عند أشخاص آخرين. وهنا نجد أن أولاد الكحوليين غالباً ما يتزوجون كحوليين، وهكذا فإن الأعوان الذين يحيطون بالمريض قد يكون لهم سمات الشخصية ذاتها التي هي عند أولاد الكحوليين الكبار (Brown 1985) وهذه السمات يستخلص منها التالي لتكون:

أ ـ المطلب في ضبط الآخرين ومحيطهم بكليته

ب ـ الخوف من تأكيد الذات أو الهيمنة مصحوبة بمطلب شديد للحب والقبول واللذان يعبر عنهما بالجهود المتكررة المبذولة لارضاء الآخرين، فالمرضى الذين يظهرون أنماط السلوك المذكورة قد ينخرطون ويتعاملون مع أشخاص آخرين مدمنين. واستناداً الى هذا الافتراض يتعين على المعالج أن يطرح أسئلة عن الأشخاص الآخرين الذين يحيطون بالمريض المتعالج.

٣ ـ لماذا نساعد المعين:

قد يتساءل القارىء بعدما علم أن الأعوان الذين يحيطون بالمريض المدمن لا يقدمون عملياً أي عون نافع له، بل على العكس فهم الذين يحجبون عنه العون من خلال التغطية أو السكوت أو الانخراط معه في الادمان ثم هل أن العلاج الناجح يستوجب اشراك أفراد المريض في العلاج فيدربون ويثقفون حيال دورهم؟ وهل أن التعامل مع المعين هو الاستراتيجية الأولى للوصول الى المريض؟

الجواب هو أن علاج المعين كيما يتوقف عن تقديم العون للمريض هو بهدف أن يكون أداة لعلاج الادمان. إن مثل هذا الاتجاه الذي يوحيه الجواب المذكور يبدو مغرياً ومعقولا لأول وهلة، الاّ أنه في نظر رواد العلاج السلوكي أمثال البرت أليس خاطىء لسببين، السبب الأول هو أن المعين كائن بشري في حقوقه، ويحتاج الى مساعدة كيما يوجه توجيهاً صحياً ومرضياً بصرف النظر عن علاقاته بالمدمن. وأن استخدامه كأداة لعلاج المدمن على الكحول أو المخدر هذا الاستخدام يسيء الى هذا الحق البشري. ولعل الأكثر

أهمية في هذا الموضوع أن يعرف المعين عدة أمور:

أ ـ كيف تكون حال فلسفته للحياة بالنسبة لهذا الدور غير المثيب اللامكافىء إذا كان يلعب الدور نفسه مع أشخاص آخرين في حياتهم.

ب ـ كيف بامكانه ايجاد فلسفة جديدة في الحياة تقود الى علاقات شخصية تبادلية مع الناس تكون أكثر ارضاء ونفعاً. ولطالما أن الأعوان يساعدون المدمنين الذين هم في رعايتهم وملاحظتهم على بقائهم مدمنين، فيبدو أن الأمر سهل بالنسبة اليهم (وحتى لدى بعض المعالجين) أن يستنتجوا خطأ أن الأعوان مسؤولون عن تبديل سلوك الكحولي أو متعاطي المخدر.

وواقع الأمر أن المعين الذي يساعد المدمن على التمسك بادمانه فهذا لا يعني حكماً أن المعين يسبب الادمان وهو علته. وقد يقال إنه من خلال تبديل سلوك المعين إزاء المدمن غالباً ما نتمكن من تبديل سلوك المدمنين تبعاً لذلك الاَّ أنه من جهة أخرى إن تبديل سلوك المعين لا يترتب عنه بصورة آلية، وبالضرورة، بل وحتى بالسهولة المتصورة تبديل سلوك المدمن. فالمعين بالأصل هو غير مسؤول عن ادمان الكحولي أو متعاطي المخدر. ولأن سلوك المعين يسهم فقط في ابقاء المدمن على ادمانه، فإن هذا لا يعني بالضرورة أن المعين يضبط المدمن ويسيطر عليه، ولا يتضمن أيضاً أن هذا المعين هو مسؤول.

إن كثيراً من الأعوان يأخذون على عاتقهم مسؤولية من يرتبطون فيهم ويحبونهم من المدمنين، ومن خلال جعل المعين يأخذ دوراً هاماً في عملية علاج المدمن، فإن المعالج بهذه الحالة يعبر عن

اعتقاده أن المعين هو مسؤول. ومثل هذه الرسالة التي يحمِّلها للمعين يجعل هذا الأخير في حالة متزايدة من الشعور بالاثم، ويجعله يبذل قصارى جهده لجعل صديقه أو قريبه المحبوب المدمن الذي يرتبط به ممتنعاً عن شرب الكحول أو تعاطي المخدر. وهذا ما يترتب عنه أن يفعل المزيد بما سبق وفعله في الماضي.

لعل الأهمية هنا تكمن في جعل المعين يقبل على العلاج لمنفعته الذاتية ولمساعدته وليس في أن يكون جزءاً من الخطة العلاجية في تبديل سلوك المدمن. وهنا تكمن الصعوبة الكبرى التي يواجهها المعالج لأن الموقف يتطلب منه المناورة للأسباب التالية:

١ ـ ما أن يتوقف المعين عن تقديم الدعم، أو الانقاذ، أو التحمل والانكار لمشكلة المدمن، فإن هذا الأخير سيكون مكشوفاً غير محمي من مواجهة النتائج الطبيعية والعقوبات التي يتلقاها نتيجة سلوكه الادماني.

٢ ـ ما أن يحدث ذلك، فإن المدمن والحالة هذه سيدفع من ذاته ثمن هفواته وزلاته والمتاعب التي تواجهه نتيجة سلوكه الادماني، وبالتالي فإن حياته تسوء وتتراكم مآسيه ومعاناته

٣ ـ ما أن تسوء حياته وتزداد متاعبه وتتراكم ويغرق فيها فإنه قد يتعامل مع ادمانه تعاملا أكثر اسرافاً واغراقاً ليخفف واهماً من معاناته وضنكه وكربه.

٤ ـ وهنا يواجه النتائج الطبيعية التي تترتب عن هذا الاسراف والاغراق في تعاطي المسكر أو المخدر، حيث يتهاوى ويهبط هبوطاً حلزونياً في مأزق الانسمام الكحولي المستمر وفي هذا

الهبوط والتهاوي سيصل الى أسفل الهاوية فيصطدم بها.

وفي اعتقاد كثير من المعالجين أن الاصطدام بقعر الهاوية وأسفلها هو بداية الصحوة والخطوة الأولى نحو الشفاء. فالمدمن لم يعد والحالة هذه قادراً على انكار وجود مشكلة عنده، ويحفز على ايقاف المسكر أو المخدر بفعل صدمة قعر الهاوية. ومع اصطدامه بقعر الهاوية وبسحب دعم المعين له وتحييد دوره، فإن هذا الأخير، بدوره البعيد، يساعد المدمن بالبدء في السير نحو الشفاء. ولسوء الحظ أن تردي المدمن الى هذا الدرك الأسفل يثير عند المعين مشاعر المسؤولية تجاه المدمن، وحيث أن سحب دعم المعين يجعل من سقوط المدمن الحلزوني أكثر تسارعاً، فإن هذا السقوط يمكن ايقافه بفعل عودة المعين الى دعم المدمن. وإذا ما صدف وطغى الشعور بالاثم على نفسية المعين، والخوف، والحسد والغيرة وغير ذلك من المشاعر المنافية المضطربة بفعل معاناة الكحولي الصديق، فإن المعين يخرج من محنته النفسية واضطرابه الانفعالي من خلال انقاذ صديقه الكحولي أو المدمن ومد يد العون ليعود فيلعب دور المعين. وفي رأي رواد العلاج السلوكي أن مثل هذه القضية يمكن التعامل معها بالطرق التالية:

أ ـ يمكن افهام الأعوان أن جهودهم الرامية ـ حسبما يظنون ـ الى إنقاذ من يحبونهم من المدمنين لن تبدل من سلوكهم الادماني. ويتم ذلك من خلال مراجعة أنموذج الحوادث في العلاقات بين الطرفين مراجعة مستمرة. وبهذا يمكن اقناعهم أنهم إذا كانوا لا يرغبون في تقديم العون لهؤلاء الاحباء المدمنين من أجل الاقلاع عن ادمانهم، فإن أفضل ما يفعلونه هو التوقف عن تقديم «العون

لهم» والابقاء بعيدين عنهم.

ب ـ ويمكن أيضاً أن نساعد هؤلاء الأعوان بافهامهم أن صنيعهم هذا يؤدي الى هبوط محبيهم هبوطاً حلزونياً مستمراً، وجعلهم في حالة سوء بصورة مضطردة وذلك خلال فترة قصيرة جداً.

جـ ـ وأيضاً نساعد هؤلاء الأعوان على الادراك والتبصر أنه لا يوجد ما يضمن أن هذا التردي الوخيم في أحوال محبيهم قد يكون بداية الطريق نحو الشفاء من الادمان.

د ـ وتوجد أيضاً مخاطر سقوط المحبوب المدمن في هاوية الانهيار والبقاء في القعر بلا ردة أو رجعة وأن هناك مستوى ثابتاً جديداً من العمل الضعيف يمكن الوصول اليه

هـ ـ ويمكن مساعدة الأعوان لايقاف دعمهم للقريبين من المدمنين الذين يعيشون معهم وذلك بأن يتخذوا القرار بالامتناع عن تقديم الدعم أو الانكار، أو تحمل متاعبهم والسكوت عنها وذلك بهدف جعل هؤلاء المدمنين يستفيدون من النتائج الطبيعية التي تترتب عن سلوكهم الادماني. وفي مقدور المعالج أن يقنعهم بالفوائد التي تعود عادة على هذا التجنيد لنشاطاتهم تجاه المدمنين أصحابهم وخلانهم، وعلى بقية أفراد العائلة أيضاً ونقصد ايقاف تقديم العون لهم.

فالاستمرارية في الدور المعين لا تساعد المحبوب المدمن، بل بالعكس تجعله مع بقية أفراد أسرته يعاني الألم. وإذا اختار المعين هذا الدور ورغب في الاستمرارية فمعنى ذلك أنه يضحي بالفوائد التي تعود على المريض وعلى أفراد أسرته معاً، أي بابقائه في قوقعه

ومستنقع ادمانه بدون أن يوصله الى قعر الهاوية فيحرمه من الصحو ومعاناة نتائج ادمانه.

إن من واجب المعالج أن يوضح للأعوان ما يترتب عن دورهم من مخاطر على المدمنين الذين يرعونهم فيما إذا استمروا في مساندتهم الايجابية أو السلبية لهم. وأن أفضل عون يقدمونه الى ما يحيطونهم بالرعاية هو أن يعوا أفكارهم الخاطئة التي تسبب لهم الاضطرابات الانفعالية:

وفي كثير من التفاؤل والأمل، عندما يدرك الأعوان الخطوات السالفة الذكر، فإن البعض سيكف عن لعب دور المعاني الصامت، أو المنقذ وغير ذلك وليعلم المعالج أن الغالبية العظمى من هؤلاء الأعوان قد يعجزون عن اتباع المسلك الذي يدركون إنه الأفضل بالنسبة لأي انسان. ولعل البند الخامس من الطرق التي ذكرناها هو الأكثر صعوبة بالنسبة للمعين. وأنه قد حان الوقت لأن نعاين أهم المعتقدات الخاطئة التي تطوف في أذهان الأعوان عادة.

٤ ـ المعتقدات الخاطئة عند الأزواج الأعوان والخليلات:

تؤمن النظرية العقلانية ـ الانفعالية أن معظم الأفراد الذين يبقون على علاقات مدمرة مخربة مع المدمنين على المخدرات أو الكحول فلأنهم يعانون من انفعالات سلبية مضطربة تمنعهم هجر أو اعادة النظرة بالعلاقة غير المرضية، وأن كثيراً من أصحاب النظريات والمعالجين يفرضون أن الأعوان الزوجات أو الخليلات يكونون عادة شركاء في الادمان مع أزواجهن (ليس هذا الأمر ضرورياً في

المجتمعات الشرقية، والافتراض هنا مستوحى من العرف الثقافي الغربي ـ المؤلف ـ). إن هذه الفكرة توحي لنا بالاعتقاد أن المرأة غالباً ما تختار خليلها الذي يعاني من مشكلة الادمان، إما لأن هذا الصديق هو مدمن أو لأن الاثنين لديهما حاجة لا شعورية لكي يبقيا مدمنين.

وبالطبع لا نجد في هذاالافتراض ما يعيننا على الأخذ به وذلك للأسباب التالية:

أولها: أن كثيراً من المعينات الزوجات يخترن الخليل قبل أن تتفاقم مشكلته الادمانية. وهذا ما يجعل في الأمر صعوبة في اختبار صحة مفهوم الشريك المرتبط Codependence. وثانيها: أنه بالرغم من نفور كثير من المعالجين من استخدام تعبير الشريك المرتبط، فإن الخبرات السريرية تشير الى أن كثيراً من الأفراد ينتقلون في علاقاتهم من شخص مدمن الى الآخر

وبالطبع إن بعض النسوة اللاتي ينخرطن انخراطاً متكرراً مع أحبائهن أو أزواجهن المدمنين فإنهن في هذا الانخراط يرتبطن بسلوك مخرب للذات. وأيضاً تدل الخبرات السريرية أن بعض النسوة المعينات يرفضن التخلي عن العلاقة المخربة اليائسة مع الفرد المدمن. وأن هؤلاء المعينات عادة ما يدخلن في أدوار الشريك أو المعاينة الصامتة.

أ ـ قيمة الذات والحاجة الى الحب:

تفترض النظرية العقلانية ـ الانفعالية أن كثيراً من النسوة يبقين على علاقة مستمرة مع الكحوليين أو المدمنين على المخدرات

بفعل فقدانهن للطمأنينة، والخوف الشديد من البقاء لوحدهن منعزلات بحيث يتمسكن بأفكارهن الخاطئة التي تقنعهن أن هذا أفضل ما يكونن عليه. وبما أنهن يعتقدن بكونهن كائنات بشرية لا وزن لهن ولا قيمة، ولا يحتضنهن أي انسان آخر جيد المسلك والسيرة الاجتماعية، فإنهن يبدين شكوكهن في الدخول في أية علاقة مثل هذه العلاقة السوية مع أشخاص يؤمن أنه لابد وأن يرفضن عاجلا أو آجلا من قبل هؤلاء الأشخاص الأسوياء عندما يكتشفون انحطاط قيمتهن الذاتية.

ولكن حينما يدخلن في علاقة مع شخص مدمن، يشعرن بالطمأنينة، وعلى الأقل، أن الذي يعاملهن معاملة سيئة، يعلم بما تكن عليه النسوة من فقدان الكرامة والاعتبار للذات، ورغبتهن بالاستمرار رغم العلاقة المهينة الكائنة بينهما، فهن لا يرغبن مع ذلك، أن يعشن لوحدهن منعزلات.

وباعتقادهن أيضاً أنه حتى لو كانت العلاقة سيئة فهي أفضل من أن لا تكون هناك علاقة اطلاقاً وعلى هذا فهن يتحملن جميع أنواع السلوك المهين، القاسي، الشرس الصادر عن المدمن الخليل أو الزوج لأنهن التعيسات اللاتي لا يجدن من يؤويهن سوى هذا الصنف من الرجال، والا بقين وحيدات معزولات تأكلهن العزلة، ويغتالهن المرض النفسي. إن علاج هذا الصنف من النسوة يتركز أفضل ما يتركز على مسألة اعتبار الذات والحاجة الى الحب والارتباط. فالمعالج الذي يتبع مدرسة العلاج العقلاني ـ الانفعالي يسعى الى إغراء هؤلاء النسوة على مناهضة هذه الأفكار الخاطئة التي تعشعش في أذهانهن،

وتوجه حياتهن لتكون في هـذا البؤس الذي مـا بعده بؤس، وفي هـذا الارتباط الزري الذي ما بعده زراء. فلا مجال لهذا الاعتقـاد الخاطىء بأنهن وضيعات فـاقدات اعتبـار الذات والمكـانة الاجتمـاعية الـلائقة بـالانسان. ويجب عليهن أن يتخلين عن فكـرتهن أنهن يقبلن المعاملة السيئـة خوفـاً من أن يعشن منعزلات، وعليهن أن ينفصلن عن هـذه العلاقة الباثولوجية (المرضية).

يتعين على المعالج أن يتعامل مع مسألـة اعتبار الـذات المعتورة عنـد هذه النسـوة وحالمـا يناهض الأفكـار الخاطئـة ويستطعن قبـول ذواتهن، فإن الخطوة الثانية تكون بطرح قضية العزلـة والخوف منهـا. وهنا يلجأ المعالج الى جميع الوسـائل العـلاجية السلوكيـة الراميـة الى ازالة الخوف من هـذه العزلـة، بحيث يستطيـع أن يوصلهن في نهايـة المطاف الى اعادة نظرهن في العلاقة القائمة الراهنـة مع المـدمن. وقد يحتجن أيضاً الى تنمية مهاراتهن الاجتماعية في تأكيـد الذات، وتعلم تقنية حل المشكلات.

وأن السبب في اعـداد هؤلاء النسـوة المعتـورات «الأنـا» كيـما يصبحن أكثر ثقة بأنفسهن، وقادرات على العيش لوحدهن وذلك قبل اعادة النظر بالعلاقة القائمـة مع المـدمن هو أن المـدمن قد يهـدد بترك الدار كوسيلة من أجل ارهاب المرأة كيما تعود عن قرارهـا فتخضع الى ارادتـه. وفي هذا المـوقف تحتاج المـرأة المعينـة الى جلسـات داعمـة، وجميع أنماط التقنيـات العلاجيـة التي يمكن للمعالـج أن يدربهـا عليها كيما تتحدى مخاوفها من الهجر والترك. وعليها أن تقاوم الانهيار خلال

ظهـور الأزمة. ويتعـين عليها أيضـاً أن تخلق الفرصـة لاعادة معـاينة نقاشها في علاقتها مع من تعينه.

وإذا قيض وأفلحت في انهاء هذه العلاقة فإن مهمـة المعالـج لم تنته بعد. إذ لما كانت بحاجة الى الحب، وعاشت لفترة طويلة بمشاعر المهانة الذاتية وفقدان اعتبار الذات، فقد تخامرهـا الأفكار، وتشـدها تلك المشـاعـر التي وصفنـاهـا الى البحث عن عـلاقـة أخـرى مماثلة للسـابقة. وهـذا ما يستـوجب ابقاءهـا على عـلاج ومتابعـة لفترة من الزمن.

ب ـ المطالب المفروضة على الذات بهدف ضبط المدمن:

إن المعينـات اللاتي يلعبن دور المنقـذات بروح انسـانية ايمـانية دينيـة في علاقـاتهن مع المـدمنـين غـالبـاً مـا يعتقـدن أنهن مسؤولات بالدرجة الأولى عن شفاء المدمن المرتبـطن به، وعـادة ما يفـرضن على ذواتهن الشعور بالمطالبة بضرورة ضبط سلوك أصحابهن المدمنين ضد تعاطي المخدر أو الخمر، بصرف النظر عن عدد مـرات الانتكاسـات التي تلحق بهؤلاء المـدمنين. فـلا يفتـأن بـالالحـاح والمـلاحقـة لضبط السلوك الادمـاني بدون كلل ولا ملل. إنهن يفـرضن عـلى ذواتهن مـا سبق وذكرناه من أوامر جبريـة. يجب ضبط هذا السلوك. ومثـل هذه النسوة يحملن معتقدات خاطئة من نوع آخر غير التي ذكرناها، وهـذه المعتقـدات تدور حـول الطبيعـة النبيلة في حمـل أعبـاء هـذا الـواجب الانسـاني الـذي يبـارك فيـه الأخـلاق والـدين. وفي اعتقـادهن أنهن يحملن هـذه المسؤولية ليعبـرن من خلالهـا عن حبهن لهـذا الـزوج أو

الصديق. وكلما أمعن في اساءة معاملته لهن، أو تعاظمت مرات انقاذهن له، أو تفانين في بذل الجهود للجمه عن المسكر أو المخدر، كلما زادت عندهن البراهين له على شدة محبتهن له. وكأن مثل هذه التصرفات والأعمال الغيرية البالغة في المثالية تضفي عليهن مشاعر الارتياح بكونهن يقدس قرابين وشواهد له على صدق اخلاصهن ووفائهن، وبكلمة أكثر وضوحاً كلما عانين وكابدن من الكحولية، كانت تضحياتهن أكبر وأعظم في انقاذ هذا المحبوب من غائلة الادمان.

إن علاج أمثال هذه النسوة يتركز أساساً على التخلي عن ادراك عظمة وكبر المسؤولية في ضبط المدمن. فلا يوجد من يستطيع السيطرة على سلوك الآخرين وتبني هذا المعتقد. إذ مهما بذلت من جهود مضنية من قبلهن، ومهما تسامت نفوسهن في التضحيات بلا حساب، فإن الكحوليين أو المدمنين على المخدرات يستطيعون ضبط سلوكهم بأنفسهم، وهذا ما يجب ترديده على مسامعهن العديد من المرات إن لم نقل المئات من المرات. ومن المناسب أن يطلب المعالج من هؤلاء النسوة رصد عدد المرات في لائحة والتي من خلالها حاولن ضبط السلوك الادماني ليجدن أن كل جهودهن باءت بالفشل.

ولعل أفضل فلسفة علاجية عملية يمكن تطبيقها على هؤلاء النسوة هي أن يطلب منهن مراجعة ما جنين من فوائد في هذه العلاقة. هل كانت العلاقة قائمة على منافع متبادلة للطرفين؟

لقد كن يلعبن في الواقع دور الأبوين نحو المدمن أو دور كونه ولداً وأن المسرة الوحيدة التي جنينها من هذه العلاقة هي مسرة

حاجتهن العصابية الى الضبط والسيطرة أو لعب دور الأبوين.

وبهذه العلاقة العصابية لم يحصلن على أي مطلب علاقة رومانسية كما عادة يفتش عنها غيرهن السويات.

والسؤال الذي يطرحه المعالج عليهن: ما هي المخاطر التي تترتب فيها إذا ما أقلعن عن تحمل مسؤولية السيطرة على سلوكه الادماني، وبقين فقط في حالة استمتاع بالصداقة؟ ثم ما هي الخسارة التي تلحق بهن من اعتبار للذات إذا ما تخلين عن لعب دور البطولة هذه؟

ومرة ثانية نلح على أن تتعلم المعينات على قبول ذواتهن الأمر الذي غالباً ما يساعدهن على التخلي عن هذا الدور العقيم.

٥ ـ المعتقدات الخاطئة التي نجدها عند الآباء:

غالباً ما ينخرط آباء المدمنين في شؤون هؤلاء ليكونوا أعواناً لهم ونقصد المراهقين الأبناء المدمنين، أو الأحداث اليافعين وذلك بطريقة أكثر وضوحاً وعلانية من الأزواج أو المحبين. وغالباً ما نرى أن الآباء يعدون أنفسهم المسؤولين مباشرة عن سلوكيات أبنائهم المدمنين في تغطية مصاريفهم، والأموال التي يبددونها على العبث واللهو، وشراء المخدرات، وتسديد الديون التي تترتب عن هذا العبث والسلوكيات الشاردة، وتوكيل المحامين للدفاع عن السلوكيات والأعمال المنافية للشرائع القانونية التي يرتكبها هؤلاء الأحداث أو المراهقون، وأكثر من ذلك نرى الآباء وهم يؤمنون قوت أبنائهم المدمنين وسكناهم. وفي هذا الصنيع يعتقدون أنهم يحمونهم

من غـائلة العوز والاحتيـاج والتشرد، وينقـذونهم من المرض والمهـانة والازدراء الاجتماعي.

وبالتأكيـد إن معظم الآبـاء لا يدركـون حق الادراك علاقـاتهم القائمة مـع أولادهم المدمنـين. وكل مـا في الأمر أن الآبـاء لا يجدون حسب اعتقادهم أنهم يستفيدون من التوقف عن تقديم هـذا العون، فإذا ما أحجموا عن انقاذ أولادهم من شـرور الكحول أو المخـدرات فإنهم سيعانون من نتائج هذا التمنع.

لهذه الأسباب تبـرز الحاجـة لأن يثقف المعالـج الأبوين اللذين يقومان بدور المعين لأبنائهما المدمنين ويبصرهما كيف أن هذا العون انما يسيء الى الـولد المـدمن، ويدفعـه الى الاستمرار في ادمـانـه وليعلم المعـالج أنـه سيقابـل اعتراضـات من جانب الأبـوين ان التوقف عن مساعدة ولدهما لا يحسن من حياتهما وأوضاعهما. بل سيرد الآبـاء على هـذه المطالب والنصـائح بكـونها ضد نـزوعاتهم وأدوارهم كـآبـاء في واجباتهم تجاه أولادهم، وأنهم عـلى استعداد لقبـول المعانـاة من أجل انقاذهم.

إن أفضل حوار ونقاش يمكن للمعالج أن ينخرط فيهما مع آبـاء المـدمنين لكي يقتنعـوا بـالعـدول عن هـذه الأدوار الـداعمـة المنقـذة المساندة لأولادهـم المدمنين هو اتخاذه مـوقفاً سلطويـاً، فيقول لهؤلاء: إن التـأثير الايجـابي الوحيـد الـذي لـه الفعـاليـة عـلى سلوك أولادهم الادماني هو في التوقف عن تقديم أي غـوث أو دعم لهم. فالانقـاذ أو الغـوث هما اللذان يخلدان السلوك الادمـاني، وأن عليهم أن يتحملوا

بصبر مراقبة أولادهم المدمنين وهم يصطدمون في قعر الهاوية في انهيارهم الحلزوني المتسارع، وهم بدون عون ولا اسعاف، وذلك لمصلحة أولادهم.

قد يقبل الآباء هذه الحقيقة، الاَّ أنهم في الوقت نفسه ما زالوا على استعداد ضمنياً لتقديم العون لأولادهم حالما يشاهدونهم وقد قاربوا على الاصطدام بقعر الهاوية والدرك الأسفل بدافع انفعالاتهم المضطربة. وغالباً ما تكون هذه الاضطرابات الانفعالية من نوع قلق الأنا ego anxiety، أو قلق الانزعاج، أو مشاعر الاثم (Digiuseppe 1983).

إن أمثال هؤلاء الآباء الذين يعانون من «قلق الأنا» غالباً ما يعتقدون أن قيمتهم كبشر تقرر بالكيفية التي يكون عليها سلوك أولادهم. فإذا كان أولادهم يعيشون المتاعب والمشاكل، فمعنى هذا أن هناك أخطاء تربوية ارتكبوها بحق أولادهم وهم مسؤولون عن تلك الأخطاء، وهذا ما يفقد قيمة الوالد ويدني من مكانته الأسرية والاجتماعية (Digiuseppe 1983) إن هذا المعتقد الذي يحمله الآباء يمكن دحضه ومهاجمته عملياً وفلسفياً. فعلى المستوى العملي يمكن للمعالج أن يتحدى أي انسان يكون مسؤولا مسؤولية مطلقة وكاملة عن الطريقة التي نما وتطور فيها الفرد، وله تأثيره تأثيراً حاسماً على أولاده.

على المستوى الفلسفي يمكن للمعالج أن يعلمهم كيف يقبلون ذواتهم كأشخاص بصرف النظر عن نتاج أعمالهم التربوية وأفعالهم.

أما الآباء الذين يعانون من قلق الانزعاج فغالباً ما يعتقدون أن الجهد الرامي الى فرض تدخلهم قسراً بشؤون سلوك أولادهم هو أمر على غاية من الصعوبة وهم على درجة كبيرة من الضعف في تحمل الألم سواء في مشاهدة معاناة أولادهم أو في تحمل سلوكهم عند التدخل في أمرهم قسراً ولعل البديل عن هذا المعتقد الذي يتسم بتحمل ضعيف للاحباط هو أن الاعتقاد أن أولادهم هم على درجة كبيرة من الهشاشة في التصدي إذا ماجوبهوا بمسألة انغماسهم في الادمان وتعاطي المخدرات أو المسكرات. وأيضاً ضعفاء جداً أمام عملية حرمانهم من ادمانهم أو انكارهم لرغباتهم (Digiuseppe 1983).

وغالباً ما يعتقد الآباء أنهم إذا ما عقدوا العزم على مواجهة أولادهم بالتدخل قسراً أو إذا ما توقفوا عن تقديم العون لهم، فإن أولادهم سيتعرضون الى اضطرابات انفعالية عنيفة بحيث يتعذر شفاؤهم. ولعل الذي يمكن أن يطرحه المعالج على هؤلاء الآباء هو ماذا يتوقعون أسوأ مما آل اليه أمر أولادهم؟ لذا فإنه من الأهمية بمكان الاّ يقتصر التصدي للتحمل المنخفض للاحباط عند هؤلاء الآباء فقط ولكن أيضاً مهاجمة معتقداتهم، أن أولادهم لا يستطيعون تحمل الاحباط.

الفصل الحادي عشر

تـطبيق تقنيـة العـلاج العقـلاني ـ الانفعـالي ضمن الجماعة العلاجية (الاصلاحيات)

لعـل الشكل الأكـثر نموذجيـة وشموليـة في علاج الادمـان على الكحول والمخدرات هو العلاج ضمن الجماعة العـلاجية Therapeu-tic community. فـالجماعـة العلاجيـة تعـد بمثابـة الصـورة المصغـرة للمجتمع. وهو عـلاج يقوم عـلى برنـامج فيـه احتواء ذاتي ومتكـامل التـركيب، يقدم العـلاجات الـرامية الى اعـادة تـأهيـل المـدمن عـلى الكحول أو المخدرات اضافة الى اغناء للحياة العامة

إن الأعضاء المقيمين في الجماعة العلاجية يشكلون عـادة نظام دعم علاجياً وعاطفياً قويين. وهؤلاء المرضى المقيمون يتلقون العلاج الفـردي والجماعي ويـطورون مهاراتهم المهنيـة، ويتابعـون دراساتهم الثانوية، ويتعلمون المسؤولية وينمون مهارات التبيؤ الاجتماعي

ومن خلال التقدم والنمو خطوة بخطوة بصورة منهجية نجد أن المقيمين في هذه الجماعة العلاجية والذين كانـو عاجـزين عن التكيف في المجتمـع سابقـاً، أخذوا يتهيؤون لـدخول المجتمـع ثانيـة دخـولا متـدرجاً أو حـالما يصلون الى مسـتوى مقبول من الأهـداف النـوعيـة التلاؤمية سلوكياً حينئذ فإن أفراد هذه الجماعـة العلاجيـة (الأعضاء) يصبحـون مؤهلين لـلارتقـاء الى مسـتويـات متقـدمــة من المسؤوليـة الاجتماعية.

في هذا الفصل سنرى كيف أن مبادىء العلاج العقلاني - الانفعالي يمكن تطبيقها تطبيقاً فعالا وتتكامل مع تركيب الجماعة العلاجية التي بدورها تصبح أيضاً متكاملة عند أخذها بتقنية العلاج العقلاني - الانفعالي.

١ - الأسلوب المتوافق النقي من الشوائب:

من الأهمية بمكان أن يعمم الأسلوب العلاجي المتوافق مع الجماعة العلاجية. إن هذا يعني أن جميع المقيمين في المؤسسة العلاجية الجماعية يتعلمون المعلومات نفسها، ويوحدون رهطهم بمحاولات مشتركة. وأن العمل في هذه الجماعة وفق أمور متضاربة وتصادمية على مستوى الافتراضات النظرية من شأن ذلك أن يدب التقسيم والتجزئة في هذه الجماعة، ويشوش أفرادها، وتميّع المعالجة. فإذا ما طبق أسلوبان نظريان أو أكثر ضمن مؤسسة علاجية فإن أفراد هذه المؤسسة سيتلقون تعليمات مختلطة متضاربة حيال ما يتعين عليهم عمله وتنفيذه لمساعدة ذواتهم. وأكثر من ذلك قد يتقاعسون عن النظر في أفكارهم الخاطئة والعمل علي تبديلها، وبالتالي يؤثرون تأثيراً سلبياً على البرنامج العلاجي ومن يديرون هذا البرنامج بالنسبة لفعاليته المدركة المتوقعة.

يقدم العلاج العقلاني - الانفعالي للمقيمين المرضى في المؤسسة العلاجية لاعادة التأهيل الاستراتيجية العلاجية الموجهة والفلسفة اللتين تشجعانهم على تحمل المسؤولية بالنسبة لماضيهم ومن أجل احداث التبديل المطلوب في بناهم المعرفية (Ellis and Harper, Wessler 1980).

وهـذا العـلاج لا يلح عـلى الـوسـائـل والاجـراءات المخففـة لحـالاتهم ومشكلاتهم بـل على العكس يؤكـد عـلى مسـاعـدة مـرضى الادمان في ايجاد التبديلات الفلسفية والتركيبيـة في أعماق تفكيـرهم، ومن طـرق هذا العـلاج هي جعل هؤلاء المـرضى الـذين ينخـرطـون ضمن الجماعة العلاجية يواجهون المـوترات Stressors، ويجهـدون في تبديل تفكيـرهـم وعواطفهم وسلوكهم الادمـاني، ثم إن هذا العـلاج يشجعهم عـلى قبول نتـائـج أعمـالهم وتحمـل الـظروف غـير السـارة المزعجة. ورغم أن هؤلاء المقيمـين Residents يفضلون، إن خيروا، الأسلوب العــلاجي المــريــح (لأنهم بــطبيعتهم يميلون الى تجـنب المسؤوليات وهـم أطفال بأعماق نفوسهم، ويجنحون نحو الحلول التي لا تـدوم الاَّ لمـدة قصيـرة)، فـإن الجمـاعـة العـلاجيـة Therapeutic communityلا تنفذ الاَّ ما هو أفضل وأحسن لمصلحة المريض المتعـالج المقيم، وليس الذي يهمهم أن يحصلوا عليه. لذا فإن النتيجة دوماً أن تنتابهم المعاناة والانزعاج من جراء تطبيق ما هو لمصلحتهم، وليس بما هم يـرغبون، وعليهم تحمـل ما يفـرض عليهم لمصلحتهم، وبالتـالي فإن هذا يقودهم ـ وهو الـطريق الوحيـد ـ الى درب الشفاء والخـروج من مستنقع الادمان الآسن.

وعنـدما يـطلب من المتعالـج في هـذه الجمـاعـة العـلاجيـة أن يتحمـل الانـزعـاج الـذي عـادة مـا يتــزامن مـع تحمــل المسؤوليـة والمداخلات العلاجية التوجيهية، فـإنه غـالبـاً مـا يمتثل الى ذلـك لأنه يدرك أن هذا أفضل ما يقدم له ولمصلحتـه. وإنه لمن المشكـوك فيه أن هؤلاء يبــدون استعــدادهم في اشــراك ذواتهم في عمـل لمســاعــدة

أنفسهم، وأيضاً مساعدة الآخرين إذا كان الأسلوب العلاجي البديل الوثير هو متوفر ثم إن المدمن المتعالج ضمن إطار هذه المجموعة العلاجية عادة ما يبدي اعترافه أن الطريقة السهلة في العلاج لا تفيده. وأن العلاج العقلاني ـ الانفعالي سيكون عند هؤلاء محط الأمل والرجاء لأنه يقسرهم على ما يرغبون تجنبه، هذا التجنب الذي هو جزء من أعباء الحياة الطبيعية، وهي المسؤولية وبدون تحملهم المسؤولية لا يستطيعون مواجهة مشكلاتهم والحصول على تبديل السلوك المطلوب الذي هو طريق الشفاء وبالتالي أخذهم المبادرة لكي يلعبوا الدور الايجابي في عملية اعادة التأهيل واكتساب طرق جديدة في التعامل مع مشكلاتهم ومتاعبهم تعاملا ناجحاً تكيفياً.

٢ ـ الدخول الى الجماعة العلاجية:

على مستوى الارتباط الكيميائي بالمادة المخدرة أو المسكرة، إن الأشخاص المدمنين نادراً ما يدخلون العلاج بمحض ارادتهم وطوعياً. وعندما يبدون رغبتهم في الانخراط في العملية العلاجية فإن وراء هذه الرغبة هو وصولهم الى الحضيض، واصطدامهم بقعر الهاوية من جراء اسرافهم في تعاطيهم المسكر أو المخدر، فلم يعد يطيقون العيش مرميين في الطرقات والشوارع، وقد فقدوا مأواهم، وعملهم، واحتواء أفراد أسرتهم لهم، أو لنقل هجروا أسرتهم لأنهم لم يعد يطيقون ويتحملون الزجر والرفض لسلوكهم، أو لأنهم طردوا حتى من بيوتهم. ونرى أكثرهم وقد وقعوا في قبضة العدالة بادانات جرمية نتيجة سلوكهم الطائش المضاد للقانون، وعربدتهم العدوانية

ضد الغير، أو تمت احالتهم الى الطبابة السيكاترية من قبل القضاء. أو خرجوا من المشافي السيكاترية.

إن بعض هؤلاء، بعد هذه المحن القاسية التي واجهتهم نتيجة سلوكهم الادماني قد يستبصرون بأحوالهم وبما آلت اليه أوضاعهم ليروا الأخطاء التي ارتكبوها. ولكن للأسف إن أمثال هؤلاء وهم القلة هي حالات استثنائية وليست قاعدة.

وقد يجد المعالج الذي يعالج الجماعة العلاجية أن المنخرطين الجدد في هذه الجماعة يظهرون حماساً نحو تلقي العون العلاجي من هذه الجماعة. وبالطبع تكمن رغبتهم هذه في تلقي العلاج تلقياً منفعلا، وليس الحصول عليه من خلال اسهاماتهم وبذل الجهود الذاتية، أي يكونون أعضاء فاعلين، وكأنهم يريدون العلاج أن يأتي لوحده لعندهم وهم يأخذونه فقط بدون عناء.
وغالباً ما يعتقدون أنه من أجل أن يبدلوا سلوكهم الادماني لا يتعين عليهم أن يبذلوا جهداً من جانبهم ونقصد جهداً فاعلا فيه الكد والتصميم الذاتي. لذا فعندما يواجه المدمن الانزعاج والشدات، سرعان ما يلتمس المشروب أو المخدر لازالة قلق الانزعاج والتوتر كوسيلة للهروب من هذا الانزعاج. وهو كما نعرف هروب قصير المدة، مرهون بتواجد الكحول أو المخدر في جسمه ودمه (مدة تأثير الكحول أو المخدر).

وكما سبق وشرحنا مراراً وتكراراً أن المدمن يتصف بشخصية ضعيفة التحمل للاحباط الناجم عن عدم تحقيق رغبة ما، أو انزعاج

وضيق، وتعوّد على تجنب الظروف الموترة حتى الخفيفة الشدة، لذا فإن الوصفة العلاجية علها أن تزيد من عتبة تحمله للاحباط أو الشدات، وتدربه على اكتساب مهارات تعاملية مناسبة تحقق له تجاوز الصعوبات التي يتعرض لها. تلك هي الأهداف الأولية للعلاج العقلاني ـ الانفعالي المنفذ ضمن الجماعة العلاجية.

إن الجماعات العلاجية تقدم للمرضى المقيمين الذين يؤلفون هذه الجماعات برناجماً يقوم بتنفيذه كل مريض خطوة بخطوة بحيث يتعلم المريض المنخرط في هذه الجماعات تحمل الاحباطات والمضايقات اليومية الحياتية

يحظى المتعالجون بالتقدم العلاجي من خلال زيادة مستويات صعوبة البرنامج المطبق، حيث كل مستوى من مستوياته المتزايدة في الصعوبة تفرض على المريض الأخذ على عاتقه المزيد من المسؤوليات، ومواجهة موترات أكثر شدة وصعوبة (أو حوادث منشطة للتوتر activating events). وحيث أن المقيمين المتعالجين في هذه الجماعة لا يستطيعون الهروب، أو تجنب هذه الحوادث المثيرة للتوتر الاَّ إذا قرروا الانسحاب من البرنامج، فإنه يتعين عليهم إذن مواجهتها والتعلم في التعامل معها.

وكيما يعرف القارىء تركيب هذا البرنامج الذي نحن بصدده أي كيف يتم تحريض الأفكار الخاطئة في أذهانهم، فإننا نذكر المثال التالي الذي يعطي فكرة عن هذا التركيب ومحتواه.

الأفكار الخاطئة التي تؤدي الى النزوع نحو شرب الكحول أو تعاطي المخدر، اضافة الى معاناة قلق الانزعاج

(A) القواعد المطبقة على الجماعة العلاجية ـ المسؤوليات (وتعد الحوادث المثيرة للتوتر)

(R B) الأفكار العقلانية: أنا لا أرغب المشاحنات.

(I B) الأفكار اللاعقلانية: لذلك يتعين عليَّ أن أبتعد عنها وألا أتعامل معها لأنني لا أستطيع تحمل المشاحنات ـ لا أستطيع تحمل الانزعاج.

(C) رد الفعل (أو النتائج): الاحباط ـ الغضب ـ الاكتئاب.

(R B) الأفكار العقلانية: لا أرغب الشعور بالانزعاج.

(I B) الأفكار اللاعقلانية: لا أستطيع تحمل الانزعاج

ـ من الصعب جداً تحمل هذا الانزعاج.

ـ يتعين عليَّ الا أتحمله.

(C B) (النتائج السلوكية السابقة للعلاج): يتم اللجوء الى الخمر أو تعاطي المخدر مس قبل المدمن المتعالج من أجل الهروب من الانزعاج نظراً لاعتقاده أن الموقف لا يمكن تحمله.

(C B) (النتائج السلوكية الجديدة الناجمة عن العلاج): يمنع المتعالج من اللجوء الى الخمر أو المخدر، ولا يستطيع تجنب المسؤوليات المفروضة عليه في هذا المجتمع العلاجي، بحيث يتعلم تفكيراً أكثر ملاءمة. يتعلم أن الانزعاج يمكن تحمله.

٣ ـ الجماعة العلاجيــة :

يتعمم في الجماعة العلاجية ويهيمن ما نسميه بالضغط الايجابي. وهذا الضغط الايجابي يخدم في واقع الأمر عدة أهداف. أولها أن المرضى المقيمين يضعون نصب أعينهم أن عليهم محاسبة اندادهم على سلوكهم. ثم أن المواقف الايجابية ـ والتي تغني الذات، والسلوكيات الملائمة كلها تلاقي التعزيز بالقبول، بينما سلوكيات الضياع والتشرد في الشوارع السلبية تضعف وتثبط، وفي هذه الجماعة تنتظر الخبرات المتعلمة والنتائج السلبية أولئك الذين يظهرون هذه السلبيات.

ويقضي البرنامج استخدام صفارات الاحتجاج على أندادهم Peers لاظهار المواقف والسلوكيات السلبية. ويتعمدون هذا الاحتجاج لكي يساعدوا هؤلاء الأنداد على الادراك، ان سلوكياتهم غير مقبولة ضمن الجماعة. وبما أن أفراد الجماعة العلاجية أنفسهم خبراء التشرد في الشوارع، لذا فلديهم الخبرة والموهبة في التعرف على أندادهم والتعامل معهم.

وبما أن هؤلاء مسؤولون عن مساعدة أنفسهم وتبديل سلوكيات أندادهم وهم بحد ذاتهم سيتلقون. النتائج السلبية إذا لم يستخدموا «صفارات الاحتجاج blow the whislte»، فإنهم بذلك يمنعون أندادهم من التجاوز.

إن اطلاق صفارة الاحتجاج بوجه صديق أو ند يعد بحد ذاته حادثة منشطة قوية مثيرة للتوتر والشدة. ومن خلال هذا التعامل

الجاري بين بعضهما البعض في مراقبة السلوكيات السلبية واعتراض هذه السلوكيات والتنبيه عند ارتكابها، مثل هذا التعامل الرقابي يجعلهم ملزمين على تجاوز حاجاتهم اللاعقلانية والتغلب عليها لكي يحصلوا على قبول الغير ومثل هذا التعامل يعزز من عمليات انخراطاتهم الرامية الى تبديل بناهم المعرفية (مناهضة الأفكار والحاجات اللاعقلانية) واكتساب القيم الايجابية لصور ذواتهم.

إن ما أسميناه بضغط النـد الايجابي positive Peerpressure يسمح بازالة صور التشرد في الشوارع لهؤلاء المتعالجين خلال نوبات سكرهم الشديد من أذهانهم وبالطبع إن المتعالجين قد لا يحفزون على تبديل هذه الأمور، فالأسهل لهم تجنب مسؤولياتهم وبقاؤهم مخمورين طوال اليوم. وجماعة هذا العلاج تعزز فقط المواقف العقلانية الايجابية والسلوكيات التي فيها العون والأهداف الموجهة توجيهاً ذاتياً

وإذا صادف ونال المقيم المتعالج أي تعزيز اجتماعي فإن هذا يتم فقط من خلال اظهار السلوكيات والمواقف المقبولة الملائمة وفي هذه الجماعة يتصيد المقيمون المتعالجون السلبية والتفكير اللاعقلاني ويهاجمونها ذلك لأنهم يدركون أخطارهما المخربة القوية. ويجهدون لمساعدة أندادهم للتخلص من أفكارهم اللاعقلانية والسلوكيات التي تقهر الذات وتدفعها الى السلبية والاحباط.

ويعد ضغط الند بصورته الايجابية البناءة على درجة كبيرة من الفعالية والقوة. وحيث أن المتعالجين ضمن نطاق هذه الجماعة

العـلاجية يثيبـون فقط السلوكيـات والمـواقف العقـلانيـة ويشجعـون عليها، فإن المتعالجين الجـدد الحديثـين يدركـون أن الأفراد الخـاملين البليدين لا يتصرفون أو يفكرون تفكيراً ايجابياً، لذا فإنهم سيكونـون عـرضة للمنـاهضة فـالمقيمون يتعلمـون كيف يـرون أنـدادهم وهم يتصـرفون. لـذا فـإن الضـرورة تقضي أن يـظهـر المقيمـون المـواقف العقلانية، وتعليم هذه المواقف لأندادهم. ويظهر المقيمون أيضـاً أن الحكمـة تقضي أن يعترف النـد بوجـود مشكلة لديـه، وتشجيعه عـلى التصريح عن الأخطاء المرتكبة والحاجة الى المساعدة.

ثم إن هؤلاء المقيمين يحاسبون بأخذ عينات منهم لتحليل البول من أجل التأكد من عدم تعاطيهم الكحول سـراً وخفية. فـإذا اتضح وثبت تناولهم الكحول أو المخدر (امتلاكهم لهذا الأخير) فإنهم والحالة هـذه يخسرون كثيـراً من الامتيازات، وتنـزيل الـرتبة في هـذا الرهط العلاجي، وخسارة بعض الحـوافز من الأعمـال التى يتقاضـون عليها أجـوراً، وغير ذلـك من العقوبـات التي ترتبت عن هـذه السلوكيات السلبية. وتبرز الأهمية الكبرى الا يسمح للمتعالجـين في هذا الـرهط العلاجي بتجاوز الأنظمة المفروضة عليهم.

٤ ـ كيف يتم التعليم في الجماعة العلاجية؟:

تعلم الجماعة العلاجية المقيمين المتعالجين كيف يتم تطبيق مادة البرنامج وأيضاً مناهضة المعتقدات الخاطئة من خلال الأخـذ بالـطرق المتعددة. يعلم المقيمون المواد التعليمية بالممارسة والخبرة ومن خـلال محاكاة نماذج سلوكية. كما ويتعلم هؤلاء الكثير من المواد العلاجيـة من

خلال الوسائط التعليمية، تعطى لهم الكتب، والكراسات (الأمالي)، والمواد الأخرى لقراءتها؛ فيشاهدون أشرطة فيديو مختارة، وتلقى عليهم محاضرات تعليمية من قبل الهيئة العلاجية، ومحاضرين زوار، وأصدقاء العائلة أو الدار

إن التعلم بواسطة إظهار السلوك الملائم لتقليده Modelling Bandurs 1977، يلعب دوراً هاماً في العملية العلاجية. فالمقيمون، كل واحد يظهر للآخر بصورة مباشرة أو غير مباشرة، كيف عليه أن يفكر ويتصرف تصرفاً مختلفاً وبأساليب أكثر عقلانية وتزيد في إغناء الذات.

وهكذا تكون فلسفة واحدة هي التي تسود ـ ونقصد العلاج العقلاني ـ الانفعالي ـ أجواء الجماعة العلاجية حيث يرى المتعالجون ويلمسون ويخبرون كيف يفكرون تفكيراً أفضل ويتصرفون تصرفاً أكثر حكمة وعقلانية، إذا أرادوا فعلا أن يسعفوا أنفسهم وذواتهم فيعيشوا عمراً أطول، وحياة أكثر سعادة وانتاجية.

وبالطبع فإن معظم ما يتعلمه هؤلاء المقيمون يقوم على الخبرة والممارسة، تعطى لهم وظائف عليهم انجازها، وتجارب مصغرة لكي يجربوا طرقاً جديدة من التفكير (Beck, Rush, Emer 1979). كما ويقدمون حلقات بحث ومناقشة Seminars. فمثلا تكون موضوعات حلقات البحث كالتالي: لماذا لا يحتاجون الى أن يكونوا دوماً في حالة راحة؟، وكيف يتحملون الجدال والمشاجرات والمشاحنات؟ أو يطلب منهم كتابة موضوع عن ما يستعصي عليهم فهمه أو تطبيقه من أسس

العلاج العقلاني ـ الانفعالي. ويقسر هؤلاء المقيمون على تطبيق مواد البرنامج قسراً مستمراً. وحيث أن الجماعة العلاجية على درجة كبيرة من التركيب فتمنع المقيمين من الهروب، أو تجنب الحوادث الموترة المبرمجة التي يتعرضون لها والتي تفرض عليهم تحملها ومواجهتها، وتبديل الأحاديث الذاتية التي تهزم الذات وتضعف من التعامل والتصدي الايجابي ضد هذه الموترات الى أخرى ايجابية، فإنهم والحالة هذه يكونون غالباً في حالة ضيق وكرب (العلاج التلقيحي ضد التوتر Stress inoculation Therapy). وأيضاً من تدريباتهم اعطاؤهم الفرص الكثيرة في تطبيق الاستراتيجيات المناهضة للأفكار اللاعقلانية في مواقف حياتية ميدانية Vivo وبهذا فإنه يتم تعزيز التفكير العقلاني الذي يعود بدوره الى سلوكيات وعواطف وانفعالات سارة ومنتجة ايجابية (Kazdin, Mahoney 1981). ومن خلال جعل كافة المتعالجين المنخرطين في العملية العلاجية ضمن هذه الجماعة العلاجية المتجانسة في كل المستويات، فإن أي واحد من هؤلاء لا يجرؤ على وصف البرنامج بالقساوة الشديدة أو أنه يسبب لهم الضيق والكرب. ثم ان ما قبلهم من المتعالجين كانوا مثلهم خاضعين الى ظروف هذا البرنامج وحالفهم النجاح. وهذا ما يبرهن لهم أن البرنامج رغم كونه قاسياً ولكن ليس بدرجة كبيرة من القسوة فلا يتحمل.

إن الهيئة المشرفة على هذه الجماعة العلاجية يمكنها إذن أن تقنع المقيمين أنهم سيستفيدون كثيراً من خلال تبديل طرق تفكيرهم، والتعرف على أفكارهم الخاطئة، والتصدي لطرق تفكيرهم الخاطئة،

ومن ثم التفكير بأسلوب جديد أكثر عقلانية وصواباً، واغناء ذواتهم وتحقيق الأهداف المنتجة:

قواعد الالتزام بالجماعة العلاجية والمواثيق والعقود المبرمة يجب أن تكون عادلة. إن الواقعية في الجماعة العلاجية تبدو مماثلة لما هو الحال في العالم الواقعي. فغالباً ما يشعر المقيمون بمشاعر الاحباط وسوء الاحوال كنتيجة لمطالبهم وحاجاتهم النزاعة الى الاشباع والارواء على أساس أن تكون الدار التي يعيشون في ظلها وأنظمتها (أي الجماعة العلاجية) عادلة. ففي حياتهم السابقة خارج هذه الجماعة (الدار)، كان الفرد منهم الكحولي أو متعاطي المخدر يهرب الى الكحول أو المخدر نتيجة ادراكه الظلم والجور وفقدان العدالة. وضمن الجماعة العلاجية لا تسمح أنظمة هذه الجماعة باللجوء الى العدوان أو تعاطي الكحول أو المخدر، أو بالهروب من أجوائها إذا ما شعر بالحيف والظلم. فهو ملزم على مواجهة الموترات والمزعجات والتعامل معها وفق ارشادات الهيئة المعالجة، والتفاعلات القائمة بين أفراد هذه الجماعة في تصويب الفكر والسلوك. لذا فإن هؤلاء يتعين عليهم مواجهة ما يعدونه ظلماً وجوراً حسب تفكيرهم. فإذا ما استمر هؤلاء المقيمون المتعالجون مرضى الادمان بازعاج أنفسهم من خلال المطالبة بالعدل، فإنهم سيشعرون بلاشك بالقنوط واليأس والبؤس النفسي. وبالتالي سيفقدون المميزات والامتيازات التي تمنحها لهم الهيئة المشرفة على الجماعة العلاجية، وسيعاق تقدمهم العلاجي. ثم عليهم أن يواجهوا القرار بالاستمرار في ظل مواقف لا ربح فيها أو أن يتخلوا عن تفكيرهم أنهم لا يستطيعون تحمل الجور والظلم.

إن حفظ الند Peer Pressure يسهل للمقيمين قبول المعتقد أن الظلم وعدم المساواة هما دوماً في المنظور وظاهرة موجودة وعليهم أن يتعلموا أن مجتمعهم العلاجي فيه من الصعوبات والسلبيات الموجودة في العالم الخارجي، أي الحيف والظلم. لذا يتعين عليهم ومن مصلحتهم قبول هذه الحقيقة الحياتية.

ومن جملة معتقدات هؤلاء المتعالجين أن العلاج يفترض أن يكون سهلاً ومريحاً وهذا المعتقد يرتبط عادة بنوعية التفكير عن ذواتهم بكونهم أشخاصاً نوعيين. الاّ أنهم سرعان ما يتعلمون وبخاصة من قبل أندادهم أن اعتقادهم خاطىء، حتى لو كان آباؤهم الذين جعلوا لهم الحياة سهلة ومريحة، فإن صنيعهم هذا لم يساعدهم. إذ أنهم أصبحوا مدمنين. وحتى لو تمسك في البداية هؤلاء بفلسفتهم حيال الرفاهية، الاّ أنهم يرغبون في أن يتصرفوا وكأنهم يمتلكون هذه الرفاهية وأن تبديل السلوك هو الخطوة الأولى الجيدة الصائبة.

٥ ـ فقدان الصبر:

معظم المتعالجين يعتقدون أن ليس في مقدورهم الانتقال الى المستوى الأعلى درجة في عملية التطبيع على أجواء البرنامج الذي يخضعون له، ويرغبون في انهاء البرنامج العلاجي بسرعة. وفي اعتقادهم أيضاً عدم قدرتهم على الانتظار أو يترتب عليهم الاّ ينتظروا. ويعتقدون أيضاً أنهم بحاجة الى تلبية ما يرغبونه حينما يرغبون ذلك.

الاّ أنه في الجماعة العلاجية لا يحصل المتعالجون على ما يتوقون على بلوغه من حاجات ورغبات، وبخاصة ضمن حدود أوقات مطلوبة، لذا عليهم أن يتعلموا من خلال الخبرة تأجيل ارضاء مسراتهم ورغباتهم وتحمل الانتظار

إن الكثير من مطالب المتعالجين المقيمين الرامية الى إنهاء البرنامج العلاجي بسرعة هي نتيجة مقارنة معدلات تقدمهم العلاجي مع معدلات الآخرين. فهؤلاء يميلون الى التفكير الثنائي Dichotomous ذي الحدين المختلفين، فيساوون التقدم البطيء مع انعدام التقدم. وأكثر من ذلك فهم يصنعون مستوى قيمة ذواتهم وفقاً لجهودهم الرامية الى مساعدة ذواتهم من خلال ما يعترف بهذا المستوى المشرفون على العلاج وغيرهم من الناس. فالمعالجة هنا تؤكد على قبول الذات، اضافة الى مساعدة هؤلاء بالاقلاع عن أفكارهم الخاطئة التي تسبب لهم فقدان الصبر ونفاذه ولكن بدون أن تخضع هذه المعالجة الى معايير قبول الغير ولا على معدلات التقدم في العلاج.

٦ ـ الماضي:

ما أن يتم نزع الانسمام الكحولي أو المخدر من دماء المتعالجين المقيمين حتى نجدهم في أغلب الأحيان وقد أخذوا يعيشون مشاعر الاثم العنيف الشديد، ولا يفتأون يذمون ذواتهم على أفعالهم العدوانية وازعاجاتهم للآخرين وعلى ما أصابهم من فشل وارتكبوا من سوء أفعال في الماضي (رجعة تقويم للماضي).

وهم في هذه العملية التقويمية لنتائج أفعالهم وتصرفاتهم مع الناس يعدون أنفسهم أناساً لا وزن لهم ولا قيمة، لا يغفر لهم على أفعالهم، ويعتقدون أنه قدّر لهم أن يكونوا الخاسرين.

إن العلاج يتركز على مساعدة هؤلاء على قبول ذواتهم حيال حوادث الماضي التي ارتكبوها بحق أنفسهم وبحق الآخرين مهما بلغت وتعاظمت، وأن يتحركوا نحو مستقبل أكثر اشراقاً وتكاملا وثقة بالذات. وبالطبع نحن لا نشجعهم على نسيان خبرات الماضي لأن هذا يمنعهم التعلم من أخطائهم السابقة ولكن هنا نعلمهم أن يسامحوا أنفسهم ويغفروا لها على ما ارتكبت من أخطاء.

٧ ـ الوسائل المعززة:

لا يتلقى المقيمون مكافآت أو امتيازات مجانية. فالمعالجة تقوم على أساس مساعدتهم على فهم أن المكافآت الحياتية لا تعطى مجاناً بلا مقابل، ولكن تنال من خلال بذل جهود ايجابية ناجحة، أي بتعبير آخر كما يقال: «لا يوجد غذاء يتناوله الانسان بدون دفع ثمنه وبلا مقابل». من خلال اكتساب امتيازاتهم والحصول عليها يتعلم المقيمون المتعالجون تأجيل الحصول على المتع والمسرات، ويعملون للحصول على المكافآت الحياتية، ولا يلحون على المطالبة بأن عليهم نيل الامتيازات بدون مقابل.

وحتى في الجماعة العلاجية، والأمر أيضاً كذلك في الحياة الخارجية الاجتماعية، في مقدور المدمنين اظهار مطالب وأن يتوقعوا تلبية جميع ما يرغبون من خلال معرفة سريعة لتركيب كل من الجماعة

العلاجية والمجتمع، ولا تعطى المكافآت بدون مقابل. لذلك فإذا كان على المقيمين تحمل وقائع الحياة القاسية والتعامل مع منغصات الحياة بدون تعاطي الكحول أو المخدرات، يتعين عليهم والحالة هذه التخلي عن مطالبهم حيال واجبات الحياة تجاههم أو ما يستحقونه منها.

٨ ـ ضعف تحمل الاحباط / ضعف تحمل الانزعاج:

لعل أهم المعتقد الخاطىء المهيمن على أفكار المدمنين على الكحول أو المخدر هو ضعف تحملهم للانزعاج (لا أستطيع تحمل الانزعاج). والقاعدة الأساسية السيكولوجية في رفع عتبة تحمل الانزعاج هي أن يتعرض المرء له وبدون النظام الذي تفرضه الهيئة العلاجية في الجماعة المتعالجة على أفرادها بوجوب التعرض للانزعاج في وقت لا مجال للهرب منه فإن المتعالج لا يعتقد أنه يتجاوز قلق الانزعاج. ومن خلال التعرض للمنغصات وفي الوقت نفسه مناهضة الأفكار الخاطئة اللاعقلانية، يتعلم المتعالجون المقيمون أنه رغم تفضيلهم لحياة بدون توتر فإن هذا المطلب هو أثر خيالي مستحيل تحقيقه. لذلك فلا مناص من مواجهة موترات الحياة وتعلم أنه يمكن تحملها. ومن خلال تحدي التبديل والتغيير للسلوك المطلوب، ويدخل المقيمون المتعالجون في صراع مرير ضد نزوعاتهم التي تشعرهم بالشفقة وبالأسف على ذواتهم. فمن أجل محاربة مشاعر الشفقة على الذات أو ما يسمى متلازمة أنا ـ المسكين Poor - Poor Mesyndrome يعمد أفراد الهيئة المشرفة على العلاج والمتعالجون المقيمون على اجبار أصحاب الأنا المسكينة على الهجوم وبعنف على

معتقداتهم الخاطئة بكتابة مقالات انشائية يناهضون فيها ويحاربون تصورهم ومعتقدهم أنهم حالات ميؤوس منها، أو بتقديم حلقات بحث Seminars أمام كافة أفراد الجماعة العلاجية يصفون فيها لماذا على الانسان أن يكون متفائلا يغمره الايمان بالأمل حتى لو لم يكن يشاهده أو يخبره بعد. وإذا اعتقد المقيم المتعالج أنه يتعذر مساعدته لازالة اكتئابه، حينئذ فإنه يسمح له أن يكون كذلك ولكن في مجالات محددة ضيقة. فمثل هذا المقيم يعطي عادة «مرتبة كئيب» فلا يلقى أية عناية ولا اهتماماً من أقرانه وأنداده في الوقت الذي يبدي أسفاً على ذاته. وعادة ما تنفذ هذه المعاملة بحقه إذا كان يشك بأنه يستفيد من كآبته ويحصل على غنم منها.

٩ ـ أهمية قيمة اعادة التأهيل من خلال تبني منهج يسير خطوة بخطوة:

إن السير قدماً في طريق التقدم العلاجي على مستويات مختلفة مبرمجة من العمل العلاجي في الجماعة العلاجية، هذا السير يطرح العديد من الحوادث والمواقف المنشطة المثيرة للتوتر المتعددة على المتعالجين مواجهتها والتعامل معها وتزايد الواجبات والتمارين البيتية والمسؤوليات في العدد والتعقيد. ثم إن الضغوط والتوقعات الصادرة عن المتعالجين المقيمين الآخرين تتزايد أيضاً بكثير من القضايا المختلفة كما وأن مشاعر الاحباط والانزعاج بدورها تتعاظم بتحرك نحو المستويات التالية من العلاج.

وحيثما تكثر الامتيازات في كل مستوى علاجي تتزايد فرص

الخسـارات التي تلحق بـالمتعـالجين إذا مـا تـدنت ونــزلت مـراتبهم العـلاجيـة الى المستـوى الأقـل الأدنى. وبـدون شـك فـإن الضغـوط والانـزعاجـات تتعاظم مـع تزايـد مستويـات العـلاج وتـرقيهـا نحـو الأعــلى. وهـذا الاجــراء يضمن لهؤلاء أن تتـوفــر لهم الفــرص في استخـدام المناهضـة المعرفيـة ضد كـل مـوقف منشط للتـوتـر النفسي ومحـدث لـلانـزعـاج. وهكـذا لا تكـون هنـاك مفـاجـآت بـالنسبــة للمتعالجين أو المعالج عند إعادة ادخـال الأول الى المجتمع نـظراً لأنه قد أمكن تلقيحه ضد الموترات بأنواعها المختلفة، وأمكن أن يواجهها وتبديل احاديثه مع ذاته السلبية المضعفة للمواجهة

وكما سبق وذكرنا، أن المدمنين بأنواع ادمانهم المختلفة يتصفون بعتبات تحمل ضعيفة للموترات التي تثير عندهم الاحباط والانزعاج. واضـافـة الى ذلـك فـإنهم يميلون الى الاعتقـاد بـأنهم ضعفـاء، فيهم القصــور وعدم الكفـاية، وغـير قادرين عـلى احـداث أي تبـديـل في سلوكهم ومسيرة حياتهم. ثم إن الكثيـرين منهم لديهم أفكـار عظمـة Grandiose ideas وتفاخر، يخيل لهم أنهم يعرفون قادرون على العناية بأنفسهم، فلا يحتاجون الى عون معالج ولا طبيب. ثم أن نسبة كبيرة من هؤلاء المدمنين يلقون باللائمة على الناس وعلى المجتمع فيعدونهم سبب انـزعاجـاتهم وكربهم. إذ يـرفضون تحميـل ذواتهم مسؤوليـات أفعالهم وأعمالهم (آليات اسقاطية دفاعية)، وغالباً ما ينكـرون (أو لا يرون) في سلوكياتهم السلبية والمضعفة للذات بكـونها مؤذية لـذواتهم أو لأفراد المجتمع.

ومن خلال التحرك العلاجي نحو مستويات أعلى من الحوادث

المثيرة للتوتر والانزعـاج (أي تعريض أقـوى درجة للمـوترات) ضمن الجماعة العلاجية، يتعلم المتعالجون التعامل ضد المستويات المتزايـدة الشـدة من الموتـرات والتصدي لهـا. وبفعل عمليـة مناهضـة الأفكار الخاطئة في كل مستوى من مستويات العلاج فإنهم يكتسبون المهارات التعليمية بحيث يتحملون ما لم يكـونوا يتحملونـه سابقـاً من المواقف الضاغطة المثيرة لازعاجاتهم أو المسؤوليات، كـما ويتحملون ما يـرونه من مواقف غير عادلة وجائرة.

وبـاستمرارهم في التعـامل مـع المواقف التي تثير ازعـاجـاتهم ونجـاحهم في اضعاف الانـزعاج بـدون السماح لهم بـالهـروب منهـا وتجنبها، وحيث أن الانزعاجات لا تسبب لهم الموت، فإنهم يتعلمون كيف يتحملون الضيق والكـرب والانـزعـاج والمشـاحنـات. ثم إنهم يتعلمـون أيضـاً تحمـل الغبن والحيف والـظلم الـذي يلحق بهم من خلال تعاملهم مع الغير، فلا يكلمون ذواتهم إنه أمر سيء أو أشياء لا يمكن تحملها عندما لا تجري الأمور وفق ما تشتهيـه نفوسهم، وهكـذا فإن الجماعـة العلاجيـة تعدهم اعـداداً تامـاً لمواجهـة صعاب الحيـاة وازعاجاتها وتحملها بأعلى درجة وبقبولها كواقع. ومن محاسن الجمـاعة العـلاجية أنها تجعلهم يقـرون بوجـود مشكـلات عنـدهـم من خـلال تعرضهم تعرضاً مستمراً للاحباط والانزعاج (وفقاً للبرنامج العلاجي المعد) وبفعل عدم قدرتهم الى التحـول نحو الكحـول أو المخدر لكي يخففوا عن أنفسهم الآلام التي تترتب عن معاناة تلك المشاعر السلبيـة فـإنهم يتعلمون كيف يـدركون الى أي حـد وصل ادمـانهم في المراتب الهـروبية، وبـذلك يقـرون في نهاية المـطاف أنهم يعـانـون مشكـلات

وبالتالي يبدون رغباتهم في تحسين طرق تعاملاتهم مع متاعبهم من خلال تبديل أطر مدركاتهم المعرفية الخاطئة بغيرها صائبة وعقلانية.

الجماعة العلاجية تدرب المتعالجين على التعامل التنافسي مع الغير.

وما أن يسيطر المتعالجون على المسؤوليات المناطة بهم في المراحل التالية من العلاج، حتى نجد أن تقدمهم العلاجي قد تعزز وترسخ وكللت جهودهم المبذولة بحيازة المزيد من الامتيازات، وأيضاً أدركوا يقيناً أن لديهم من الامكانات والقدرات لتقديم انجازات جيدة، وأنهم أضحوا أكثر فعالية وكفاءة من أي وقت مضى، يتعلمون أنهم قادرون على أن يؤثروا في الحياة، وأن جهودهم المبذولة تلاقي ثمارها. وهكذا فإن أفكار اليأس وانعدام قيمة الذات والضعف وفقدان العون تجتث من جذورها، وتنتزع من أفكارهم (Beck, Shaw, Emery 1979). ومع السيطرة على المسئوليات وتحملها، يتبدل مفهوم المسؤولية في أذهانهم وأفكارهم ومعتقداتهم. بعدها يأخذ هؤلاء بادراك قيمة الانجاز، وينزعون نحو لعب أدوار فعالة في مختلف الأنشطة الحياتية والمهن.

وهنا فإن الخمول والسلبية اللتين كانتا تخيمان على سلوكهم عند بدء انخراطهم في الجماعة العلاجية يتحولان الى امتلاك المهارات الايجابية والقدرات الفعالة، والمستويات العالية من التحمل للاحباطات والانزعاجات (Seligman 1975).

وما أن يتقدموا في مسيرة مستويات العلاج المتدرجة المتصاعدة الضواغط والشدات فإنهم يلعبون دوراً أكبر في اعادة تأهيل أندادهم

من المقيمين المنخرطين في الجماعة العلاجية. إذ يأخذون في مساعدة بعضهم بعضاً ازاء الشدات التي يتعرضون لها، وفي تعلم مواد البرنامج، وفي تطوير مواقف جديدة، وفي اكتساب مهارات أفضل في التعامل مع المشكلات، وفي تدبر الاحباطات التي تصيبهم، وأن معتقدهم السابق القائم: «انهم وحيدون في العالم، وما لم تهتم بأحد ما فإنه لا يهتم بك أحد»، هذا المعتقد يصيبه التبدل والتغير، وهكذا فإن قيمة الجماعة العلاجية تلعب دوراً هاماً وحاسماً في اعادة التأهيل.

١٠ ـ مستويات الجماعة العلاجية:

كما سبق وذكرنا يسير المتعالجون في خطى متدرجة الصعوبة في اتمام العلاج ومن ثم اعادة المتعالج الى المجتمع الذي كان فيه سابقاً، وأن التقدم العلاجي من خلال الخطوات المتقدمة المترقية يقوّم من قبل أفراد الهيئة العلاجية الذين يمارسون الأدوار العلاجية الداعمة

يتم تفصيل المسؤوليات المنوطة بالمقيمين المتعالجين في كل مستوى من مستويات العلاج وفقاً لمستويات وظائفهم الفردية والتي تحدد وتقرر من خلال التقويم الرسمي، والاجتماعات التي تدرس الحالات. وهؤلاء المقيمون يتعين عليهم اعطاء البرهان على السيطرة والكفاءة في كل مستوى من مستويات العلاج من أجل احراز التقدم والنجاح في المرحلة والانتقال الى غيرها، وأن الوقت المخصص لانجاز مستوى علاجي والنجاح فيه هو فردي ونوعي. في الصفحات التالية سنأتي على وصف المستويات العلاجية المنفذة في الجماعة

العلاجية وفق برنامج نوعي يستخدم أسلوب العلاج العقلاني ـ الانفعالي:

أ ـ مرحلة التوجيه Orientation

إن أول مرحلة من مراحل العلاج في الجماعة العلاجية هي الترشيد والتوجيه وكما يدل هذا العنوان (التبصير) يتم توجيه المتعالجين المقيمين بشرح القواعد والأنظمة السائدة في الجماعة العلاجية بغرض التقيد بها، والعمل بموجبها لكي يظلوا ضمن هذه الجماعة.

خلال عملية التوجيه والترشيد ينخرط المقيمون في العديد من النشاطات لتعلم مواد البرنامج ومقرراته، وأن العلاج في هذه المرحلة ينصب على تجانسهم وقبول عائلتهم ومجتمعهم الجديد، ويتم تنفيذ ذلك من خلال حضور اجتماعات ليلية يتعارفون فيها على بعضهم البعض. هناك ما يسمى (طريق الدار) House Mate تنحصر مهمته في تعليمهم ما نسميه بالشروط والقواعد السائدة في هذا المجتمع العلاجي. كما ويتلقون الدعم والتشجيع والعاطفة الدافئة من المقيمين الآخرين خلال الفترة التي يمرون فيها والتي تعد من أصعب الأوقات، من ناحية أخرى ينخرط المقيمون في نقاشات تدور حول تناول المخدرات والكحول وتأثيراتها الاجتماعية والفيزيولوجية والنفسية الضارة. وتحدد الجهود لجعل مستوى التوجيه بالنسبة للمتعالجين المقيمين على درجة كبيرة من العمل، بحيث يغمرون بالأعمال والمشاغل، ويكون الأعضاء الآخرون في هذه الدار

مستعدين لتقديم الدعم القوي. ومثـل هذا الاجـراء اتضح أنـه على درجـة كبيرة من الأهميـة في زيـادة احتمـال استمـراريـة هؤلاء الجـدد ضمن هذا الرهط العلاجي وبقاؤهم فيه.

على مستوى التوجيه (أي في هذه المرحلة الأولية من العلاج) لا يتلقى الأعضـاء الجدد في هـذا الرهط العـلاجي أية امتيـازات. فـلا يسمـح لهم بزيـارات خارجيـة من الأصدقـاء أو الأقربـاء. ولا اجراء محادثات هاتفية، أو الاستماع للمذياع، ولا التدخين في غرفهم، ولا لقاءات مع الجنس الآخر يخضعون للتفتيش في كل مرة يجتمعون مع الرهط العلاجي. وإن الغرض من حرمـانهم من الأمور والامتيـازات السالفة الذكر هو جعلهم يستقطبون كل طاقاتهم وانتباههم نحو تعلم مواد البرنامج العلاجي ثم إن الحكمة الأخرى وراء هذه الحرمانات والقيـود المفروضـةمنعتعـريضهم للمؤثـرات المحـرضـة لمشـاعـر قلق الانـزعاج، ثم ان فقـدانهم للامتيـازات يحرمهم من النشـاطـات التي يمكن استخدامها كعوامل مشتة لتفكيرهم، وهـذا الحرمـان هو بحـد ذاته عامل مؤثر منشط للقلق. وبهذه الطريقـة يتحدد عملهم في تعلم فقط مواد البرنـامج والاستـراتيجيات المنـاهضة لقلق الانـزعاج، أي بتعبير آخر اكتساب المهارات التعاملية. Coping skills، وبـالطبـع إن حـرمانهم من الامتيـازات ووسائـل الترفيـه والتسلية يعـطيم الفـرص لاستخدام آليات مناهضة الأفكار السلبية المضعفة للذات.

يتعلم المقيمـون المتعالجـون أيضـاً أهميـة الأنـظمـة والقـواعـد التالية:

عادة ما يميـل المدمنـون الى خرق الأنـظمة، ويفشلون في تلبيـة

المسؤوليات الاجتماعية. فالعلاج العقلاني ـ الانفعالي يعلم أمثال هؤلاء البشر أنهم سيكونون أكثر سعادة وتكيفاً إذا ما قبلوا احترام العقود الاجتماعية (Wallen and Wessler 1980, Ellis and Becker 1982). وبهدف الحصول على فوائد العقد الاجتماعي (مع صديق عائلة أو غيره) يتعين على الفرد احترام مسؤوليات العقد. فالجماعة العلاجية تؤكد على ضرورة احترام الأنظمة السائدة في تلك الجماعة من قبل المقيم المتعالج كيما يحصل بدوره على منافع العضوية في هذه الجماعة. وأنه لمن المرفوض أن يتجاهل الفرد ذلك لأن هذه الأخيرة هي صعبة جداً، وتظل بالنسبة للفرد فيها فوائد يحصل عليها من الجماعة التي ينخرط ضمن اطارها. ثم إن المقيمين المتعالجين مسؤولون عن مواقفهم وسلوكهم في العملية التوجيهية يتعلم المتعالجون المقيمون معنى اعادة التأهيل. فمعنى اعادة التأهيل هو عملية لا تنتهي، ومن أجل أن يحصلوا على الفائدة المرجوة من البرنامج العلاجي، والتحرر من عبودية الكحول أو المخدر، واغناء حياتهم، يتعين عليهم الاحجام عن:

١ ـ طلب الراحة ورغادة العيش ضمن الجماعة العلاجية.

٢ ـ ممارسة المعتقدات الخاطئة السلبية وذم الذات وتحقيرها.

٣ ـ التمسك بمواقفهم السوقية.

٤ ـ مقاومتهم في الانصياع لأنظمة الدار أو الجماعة التي يعيشون فيها بغرض العلاج، ثم عليهم أيضاً أن يعطوا عهداً بالسماح بأخذ عينات من البول لفحصها وتحريها للتأكد من خلو دمائهم من الكحول.

وعندما يظهر المقيمون تفهماً وطواعية للأنظمة في هذا المجتمع العلاجي والأعمال الواجب أن تسود فيه حينئذ يترقى هؤلاء الى المستوى الأول العلاجي، إن زمن التوجيه هو من ٤ ـ ٨ أسابيع، وهذه المدة تتوقف على نوعية المقيم والمتعالج وتركيبه واستجاباته

ب ـ المستوى العلاجي الأول:

إن أساس العملية الخاصة باعادة التأهيل يتم في المستوى العلاجي الأولى. ففي هذه الدرجة العلاجية يتعلم المقيمون الكيفية التي يجب بها تطبيق برنامج هذه المرحلة، أي ما نسميه بالأدوات Tools. وهذه الأدوات هي: التواضع، الصدق، الاخلاص، الأمانة، الحس بالمسؤولية. ويعلمون أيضاً: العزم والتصميم، التوجه نحو الهدف، والانضباط.

وهذه المبادىء الثمانية تساعد المقيم أن يكتسب فلسفة علاجية مفيدة ونافعة حول عملية العلاج والحياة عموماً.

ومن الأهمية بمكان أن يتعلم المقيم المتعالج التواضع والطواعية. ومن خلال تعلمه التواضع والاذعان فإنه يتعلم أيضاً أن لديه مشكلة ويعترف بوجودها، وهو غير قادر على حلها بنفسه ثم انه ـ المقيم المريض ـ ينمي القدرة على طلب العون والمساعدة، وأيضاً تحمل الانزعاج المقترن بالاعتراف بارتكاب الخطأ، ويتعلم قبول ذاته كانسان يخطىء غير معصوم عن الأخطاء، وهو ليس بانسان من نوع خاص، ويقبل الاعتقاد أن العالم من حوله والكون لم يخصانه بمزايا وامتيازات خاصة. ويتعلم تحمل القوانين والأنظمة

الاجتماعية المفروضة عليه والواجب أن يراعيها ويحترمها، وفي عملية ممارسة سلوكيات الاخلاص والصدق يتعين على المقيمين المتعالجين خلق المواقف الخاصة بقبول النتائج وعقابيل سلوكهم، وأن يدركوا أن بمقدورهم تحمل النتائج بكونهم أوفياء وصادقين مع أنفسهم ومع الآخرين. وعليهم أن يتعلموا أيضاً أن نتائج الكذب والخداع على المدى الطويل ستكون وبالا عليهم. وعلى هذا يتعين عليهم أن يدركوا أن الاخلاص والصدق هما جوهر فكرهم، والوفاء هو الفعل الذي يعبر عن الصدق وذاك الوفاء.

لذا فكيما يكون العلاج العقلاني ـ الانفعالي مجدياً ونافعاً يتعلم المتعالجون أن يكونوا صادقين ومخلصين نحو أنفسهم ونحو الآخرين وذلك من أجل أن يعوا أفكارهم الخاطئة ويدركوا ضلالها. إن هذه الأدوات الأخلاقية المهذبة للمعتقد والسلوك تساعد المدمن على الكحول أو المخدرات أن يدرك الكذب الذي يمارسه على نفسه وعلى الآخرين، ومن ثم يعمد الى تصحيحه

وبتعلم المقيم المتعالج الاخلاص لم يعد بحاجة كيما يكون دفاعياً وينكر مشاعره وآلامه. إذ ينجح في ادراكه أنه يستطيع تحمل الانزعاج من خلال الاعتراف بمشاعره وينمي قدرته في الاستمرار بالاتصال بذاته وبالآخرين.

يتنامى الشعور بالمسؤولية عند هؤلاء المقيمين عندما يدركون ويتوحد رأيهم أن من مصلحتهم الانخراط في عقود اجتماعية التي تتطلب العطاء من أجل الأخذ. ويدركون أيضاً أنهم يجابون،

ويحاسبون على خياراتهم، وقراراتهم وأفعالهم ويتعلمون الاّ يسقطوا سخطهم على أحد من أفراد أسرتهم، وعلى العالم وعلى الماضي. وعليهم أن يتعلموا تحمل الانزعاج الذي يتواكب دوماً مع مسؤولياتهم في الحياة، ومع تبديلات الذات، وقبول النقد البناء. أما التصميم فيربى من خلال مساعدة المقيم على الادراك أن العمل الشاق هو مطلوب للتخلص من الادمان، وانجاز أهداف الحياة. ويتعلم المتعالج المقيم أن الحاجة لن تكون سهلة المنال، وعليه أن يقبل ظاهرة الانزعاج على أساس كونها جزءاً من عملية التبديل والنمو والانجاز.

ثم ان المقيم يتعلم أيضاً التوجه نحو الهدف، واختيار الأهداف الواقعية والايجابية، وأن لا يرى في متابعة هذه الأهداف السهولة واليسر والطريق الممهد بالورود.

يدرب المقيم على الالتزام بالانضباط وبالأهداف المطلوبة، ومقاومة الانزعاج والعوائق التي يتعرض لها.

في انتقال الفرد من مرحلة التوجيه الى المستوى العلاجي الأول، يحصل المقيم على امتياز استقباله لزيارات خاصة الى داخل الاصلاحية العلاجية التي هو فيها أو تأتي مثل هذه الامتيازات كمكافآت وحوافز على ما أبداه من امتثال للأنظمة السائدة والانضباط المعمول به في هذه المؤسسة العلاجية، ويحصل المقيم على امتيازات الزيارات الخاصة لاصدقائه أو أقاربه من خلال انخراطه في جلسات العلاج النفسي الفردي والجماعي، وبالحفاظ على علاقات صداقية وأخوية مع زملائه في العلاج. وحيث أن المستوى العلاجي

الأول لم يرق بهم بعد الى درجة تمثل المقيم للفلسفة التي تغني الذات وترسخ المفاهيم العقلانية بعقله ضمن الجماعة العلاجية فإنهم يتلقون التعزيز لسلوكياتهم وكأن تلك القيم موجودة لديهم، ونقصد أن الجهد والايمان بمواد البرنامج وبمنهجه يعززان انطلاقاً من النظرية المعرفية القائلة؛ أن تبديل السلوك يسهل تبديل البنية المعرفية، مثلما يتبدل السلوك بتبديل تلك البنية.

يتعلم المقيمون أن في مقدورهم السيطرة على سلوكهم حتى لو شعروا شعوراً مزعجاً، وأن مشاعرهم يفترض الا تفرض السلوك ولا تفرض الكيفية الواجب أن يتصرف بها الفرد. ويدركون حقاً ويرون ذواتهم كيف يستطيعون تحمل مشاعرهم السلبية، فلا يوحون لذواتهم أنهم لا يستطيعون تحملها ويتعين عليهم أن يضعفوا قلق الانزعاج باللجوء الى المخدر أو الكحول. ثم عليهم أن يتعلموا مهارات حل المشكلات الاجتماعية، والاستراتيجيات التعاملية مع الموترات الخارجية وتأكيد الذات والاسترخاء من أجل السيطرة على سلوكهم بصرف النظر عن كيف يشعرون.

يسمح للمقيمين أن يُزاروا من قبل أصحابهم وأفراد عائلاتهم فقط عندما تتوفر لدى هيئة الانتقاء Screening Committee القناعة أنهم مقبولون من قبلها. وهذا القبول يستند على معطيات المقابلة الشخصية، وبناء على تحليل عينة بول هؤلاء الزوار للتأكد من أنهم غير مدمنين.

وهنا يسمح لهؤلاء الزوار بمقابلة من يلوذون بهم من المقيمين

المرضى إذا اتضح خلو بولهم من الكحول حتى لو كان الزوار من أسر المقيمين وأفراد عائلاتهم. وهذا معناه أن الزوار المدمنين على اختلاف حالاتهم لا يطؤون دار العلاج. لجعل المقيم يتحمل المسؤوليات ويتعود على أعبائها وذلك في مرحلة المستوى العلاجي الأول: تعد له أعمال وواجبات بسيطة نسبياً. فمثلا يعين للعمل مع طاقم التنظيفات أو مع جماعة الطهاة، أو في غسل الألبسة أو مراقبة أمكنة وجود ونشاطات المقيمين ورفاقه. ويمكن أيضاً أن يمارس مهمة صديق الدار House Mate يدرب المقيمين الذين هم في مرحلة التوجيه والاعداد على أنظمة وقواعد السلوك السائدة في المجتمع العلاجي (ما سبق وتعلمه في المرحلة البدائية). وكما هو الحال في جميع المستويات والمراحل العلاجية في هذا المجتمع العلاجي يتلقى المقيمون الضغوط والمثيرات activating events من الأفراد المتعالجين الأعلى مرتبة منهم لكي يساعدوا أنفسهم وذواتهم. كما ويكلفون بأعمال طهوية وتنظيفية في دار العلاج وفي الوقت نفسه يكيفون انفعالاتهم في محاربة الأفكار السلبية الرافضة لهذه الأعمال.

إن هذا المستوى العلاجي الأول يتصف بوجود ضغوط واثارات شديدة يتعرض لها المتعالج المريض حيث أنه في هذه المرحلة نزّاع بشدة نحو الكحول أو المخدر عند تعرضه لتلك الموترات الشديدة. إذ في هذه المرحلة تكون الأنا هشة، وضعفه النفسي وتحمله للشدات دون المستوى المطلوب. في هذه الحالة نرى حديثه مع الذات يتمحور حول التالي:

«أنا لا أستطيع تحمل المشاحنات والازعاجات».

«يجب الاّ أتحمل هذه الازعاجات ولست في وضعية تسمح لي تحمل الكدر».

وبالطبع لا يسمح للمتعالجين المقيمين تجنب المسؤوليات المفروضة عليهم، كما لا يسمح لهم بتعاطي المخدر أو الكحول. ويتعين عليهم مواجهة مسؤولياتهم وتحملها. وأن يشجعوا ويدعموا لتعلم الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية وتطبيقها كيما يستخدمونها في التعامل مع الموترات والشدات والمنغصات.

وما أن يكتسبوا المهارات التعاملية مع الشدات والمنغصات وتحمل المسؤوليات التي سبق وكانوا يتجنبونها فقد أصبحوا في حالة تمكنهم من مناهضة الأفكار الخاطئة وتصويب سلوكهم. وهنا تنفتح آفاق معارفهم واستبصاراتهم الذاتية فأصبحوا في حالة قناعة أن في مقدورهم السيطرة على تفكيرهم وأعصابهم فيتحملون من المنغصات ما لم يكن يتحملونها سابقاً، وأضحوا أكثر صلابة وقوة مما كانوا يعتقدون. ثم إن المستويات العليا التالية من البرنامج العلاجي تقدم لهم صعوبات متزايدة، وشدات أكثر توفيراً بحيث أن هؤلاء تزداد صلابتهم النفسية ويتعاظم تمنيعهم ضد الموترات وتحملها، وتتعزز معتقداتهم الجديدة ومواقفهم أيضاً

يتم رصد ومراقبة قدرة الفرد الذي يخضع لهذا النوع من العلاج، أي العلاج العقلاني ـ الانفعالي والذي يتعرض عن عمد للحوادث الموترة الخارجية، نقول يتم رصد هذه القدرة وتقويمها من قبل الهيئة المعالجة، وأيضاً من قبل المرضى الذين هم في مستوى

علاجي أعلى. وأن النجاح أو الفشل في استخدام الأفكار المناهضة يكونان محور عمل المتعالج في العلاج الفردي أو الجماعي.

وما أن يتقن المتعالج أدوات العلاج (البنود الثمانية التي ذكرناها) في المستوى الأول من العلاج اتقاناً مقبولا، وحاز على قبول الهيئة العلاجية على النشاط والجهود التي بذلها في تبديل بنيته المعرفية السلوكية بنفسه وبمساعدة ذاته، وبرهن على قدرته في التعرف على انفعالاته وتدبرها، وممارسة مسؤولياته، حينئذ فإنه ينتقل الى المرحلة الثانية التالية من العلاج، أي مستوى المراقب Supervisor. وأن مثل هذا الانتقال الى مرتبة المراقب يعني المزيد في ضلوعيته في فهم مواد البرنامج العلاجي ومقرراته أكثر من مستوى العمل الواقعي. فمعرفة مادة البرنامج هي أساس ما تبقى من العلاج.

جـ ـ درجة المراقب:

تتزايد الامتيازات التي تمنح للمتعالج كلما ارتقى الى درجة أعلى من درجات العلاج ليصل الى درجة المراقب. في هذه المرحلة كمراقب يعيش في دار العلاج بغرفة حسنة الأثاث وتتوفر فيها شروط الرفاهية، ويسمح له في التدخين بالغرفة، وباستقبال الأصدقاء والزوار خارج مكان اقامته ونومه، ورغم أن هذه الامتيازات تعد حوافز قوية لانسان ترفع مرتبته الى درجة مراقب الاَّ أنها تحوي بالمقابل المزيد من التعرض للموترات الشديدة التي عليه مواجهتها والتعود عليها.

وبينما نجد أن الزيارات الخارجية تعد معززات ومشجعات له

الاّ أنها أيضاً تحفها الشدات والموترات، إذ لأول مرة بعد قضاء المتعالج فترة من الوقت معزولا عن الخارج، يتفاعل ويتقابل المتعالج مع أشخاص خارج المجموعة العلاجية، غرباء عنها، هم جزء من الماضي. وهذه الزيارات خارج الدار غالباً ما تثير عنده الانفعالات، والأفكار كيف أنه فشل في العيش داخل محيطه الاجتماعي، وكيف أنه ألحق الازعاجات بأسرته. وهذه الزيارات تذكره أيضاً بجميع خساراته التي نجمت عن الادمان. وفي زياراته هذه خارج المؤسسة العلاجية يمكن أن يستعيد علاقاته مع الجنس الآخر. وتعد مثل هذه العلاقات عاملا موتراً جداً بالنسبة اليه. إذ قد يحالفه الرفض والفشل مع النسوة، الأمر الذي يولد في نفسه الكثير من الأفكار الخاطئة اللاعقلانية. إذ قد يفكر أنه غير كفء غير محبوب منحط القيمة الاجتماعية أو بحاجة الى علاقة حب كيما يستكمل اعتباره لذاته، وترتفع نظرته بنفسه.

إن المدمن لم يتعود أن يتفاعل اجتماعياً بمحيطه بدون تعاطي الكحول أو المخدر. وحيث أن آليات التعامل (هي الكحول أو المخدر) وأدواته الآن غير متوفرة ولا موجودة، فعليه أن يتعلم التفاعل الاجتماعي بقدراته الذاتية وبدون وساطة الكحول أو المخدر، وهنا وفي هذا المحيط الخارجي الذي هو فيه الآن أي في زياراته خارج الموقع العلاجي، هي المحك الحقيقي له والاختبار الذي يحدد هويته الحالية.

ونتيجة المعتقدات الخاطئة المنشطة المثارة وهو الآن في مرتبة المراقب فإنه سيعاني انفعالات سلبية شديدة بفعل تلك المعتقدات.

وهـذه المعتقدات الخـاطئة تقـدم له الفـرص الجديـدة لممارسـة عملية مناهضة تلك الأفكـار وتصويبهـا، وبالتـالي تكون المـادة الجديـدة في العلاج الفردي والجماعي.

يواجه المراقب أيضاً مسؤوليات متزايـدة عليه تحمـل أعبائهـا والكثير من هذه المسؤوليات تتعلق بتفاعلاته مع رفاقـه المرضى الـذين هم دونه مرتبة في المستوى العلاجي حيث يتعين عليه أن ينظم تقـارير عن مرؤوسيه الـذين يشرف عليهم ويـرفعها الى الجهـات الأعلى عـما يـظهره هؤلاء من سلوكيـات ومواقف سلبيـة ونقصد الجهـات الأعلى المرضى الذين هم أعلى منه رتبـة في العلاج (المتقـدمون في العـلاج). وهـذا الالتزام الجـديد المنـوط به كمـراقب يشمـل جميـع مستـويـات العـلاج، حيث كـل مستـوى يـراقب المستـوى الأدنى منـه في الـرتبـة العلاجية يواجه المراقب مواقف موترة هامة هي المعتقـدات الخاطئـة التي تنتابه وتدور حول مسألة القبـول والحاجـة الى الراحـة فتسبب له مخاوف شديدة الوطأة، وتعطل قدراته في محـاسبة أنـداده، ومرؤوسيـه على سلوكياتهم.

في هذه المرحلة العلاجية تتم منـاهضة المعتقـدات المسببة لهـذه المخاوف حيث يحل محلها معتقدات صـائبة وتقبـل للمسؤولية ويجب أن يتجـاوز المراقب المعتقـد الذي يـرى فيه أنـه من الصعب جـداً أن يستعمـل صفارتـه في وجه صـديق من جراء سلوكـه السلبي. فإذا لم يلب هذا الصديق ما نبهه اليه، على المراقب والحالـة هذه أن يتحمـل نتائج اهماله لواجباته

في نهاية الفترة الزمنية لمستوى المراقبة تجرى له تقويمات مهنية إذ

يتجه العلاج نحو مساعدة المتعالج لتطوير مهاراته التي يحتاج اليها خارج نطاق قوة العمل. وما أن يمتلك هذه المهارات المطلوبة ويبرهن على قدرته في انجاز واجبات ومسئوليات الجماعة العلاجية ويعطي الدليل على قدرته في التعامل مع انفعالاته عندما يواجه حوادث راضة موترة ويتصرف كرئيس جيد، ويكون أنموذج الدور المطلوب بالنسبة للمرؤوسين حينئذ يرفع المتعالج المراقب الى المرتبة التالية وهي منسق مساعد Assistant Coordinator.

وفي الوقت الذي يكون الأهم في عملية الترفيع من المستوى العلاجي الأول الى مرتبة المراقب هو قدرته في معرفته لمواد البرنامج، فإن ترفيعه الى منزلة (مستوى) منسق مساعد يحتاج الى قدرة متزايدة في تطبيق مواد البرنامج

د ـ مرتبة منسق مساعد Assistant Coordinator :

في هذه المرحلة تزداد الامتيازات التي تعطى للمتعالج حيث تتزايد ساعات زياراته خارج الموقع العلاجي وحق اقتناء المال والحيازة عليه وبالطبع إن هذه الامتيازات تعد معززات قوية وحوافز هامة بالنسبة اليه

وأيضاً تواجه في هذه المرحلة الجديدة هذا المتعالج الذي رفع الى تلك المرتبة العديد من المسؤوليات التي تحتاج الى مهارة وحكمة وهذه المسؤوليات هي:

١ ـ اقرار النتائج الملائمة لسلوكيات عدوانية عابرة مرتكبة من قبل

أنداده Peers أو من جانب المرضى في المستويات العلاجية الأدنى مرتبة

٢ ـ طرح هذه النتائج على المقيمين.

٣ ـ إعداد العقود السلوكية الواجب ابرامها مع المتعالجين.

إن كل عقد مبرم مع المقيم المتعالج يجب أن يوقع ويصادق من قبل أعضاء الهيئة العلاجية. وفي ابداء رأيه حيال النتائج السلبية أو العقود السلوكية عند الآخرين. فإن المنسق المساعد في عمله هذا قد يواجه احتمالا كبيراً بالكراهية والرفض من قبل من يصفهم ويبدي رأيه حيالهم. وهنا فإن معتقداته الخاطئة الخاصة بالحاجة الى القبول تصبح أكثر وضوحاً ثم إن أية ميول مازالت باقية بتجنب المسؤولية بفعل شدة وطأتها تظهر الى السطح وتتعرى وتنكشف.

ومن ناحية أخرى فإن من واجبات المنسق المساعد أيضاً مراقبة المراقبين الذين هم دونه رتبة في المستوى العلاجي وكثير من هؤلاء المراقبين يؤكدون اتقان عملهم، ويعتقدون أنه يتعين عليهم أن يقدموا الارشاد والنصح والنوعية الجيدة من الأداء طالما أصبحوا بمرتبة المنسقين المساعدين، متجاوزين مرتبة المراقبة. وأن هؤلاء أيضاً يرون أن على المراقبين انجاز وظائفهم لتكون متكاملة خالية من الأخطاء، وعليهم ادانة مرؤوسيهم في حال الزيغ والضلال والاعوجاج، ثم انهم يعتقدون أن المخطئين يجب معاقبتهم.

وأكثر من ذلك تعمل مجموعات المنسقين المساعدين على مساعدة نظائرهم من نفس المرتبة العلاجية على التصدي للمطالب

اللاعقلانية الخاطئة التي ذكرناها في تصوراتهم لطبيعة أعمالهم ولواجبات غيرهم بحيث يصبحون أكثر تحملا، ويقبلون أخطاءهم وأخطاء الغير أيضاً.

ثم إن المنسقين المساعدين الذين بدورهم يخضعون لاشراف ومراقبة رؤساء مجموعة العلاج Staff group leaders هم أيضاً مسؤولون عن الأداء الفعال لأطقم وزمر دار العلاج. فهؤلاء الآخرون يقومون بأداء خدمات داخل الدار مثل التنظيف، والنقل، ومراقبة الخطوط الكهربائية وغيرها كما أن على هؤلاء المنسقين تعليم مقررات البرنامج للمستويات العلاجية الأدنى من المتعالجين، وأن الغرض من كل هذه المسؤوليات هو تزويدهم بخبرات الحياة الحقيقية في ادارة العمل في أية مؤسسة يعملون فيها مستقبلا عند اعادتهم الى المجتمع ثانية وأيضاً مناهضة تفكيرهم الذي يوحي لهم أن الحياة يجب أن تكون سهلة، ويجب أن يقدموا أداء جيداً

إن مقاييس ارقاء هؤلاء وغيرهم الى مراتب علاجية أعلى إنما تعتمد أساساً على مدى نجاحهم في تحقيق الأهداف المهنية (أي امتلاك بعض المهارات، تطوير الاهتمام في ميدان مهني خاص، العثور على عمل وغير ذلك.) والأهداف العلاجية (مثل رفع مستوى التحمل للاحباط وقبول الذات) والموضحة في كل خطة منظور علاجي

هـ ـ مستوى وظيفة (أو مرتبة) المنسق لدار العلاج :

يتمتع المنسق لدار العلاج بشروط حياتية سارة. فهو لا يحتاج

كيما يخضع للتفتيش والمراقبة (بعكس المقيمين في جميع المستويات دونه في المرتبة) عند دخوله الاقامة التدريبية العلاجية Residence. فقد حظي بالامتيازات، وبرهن على كفاءته، وحصل على المكاسب العلاجية المطلوبة لمرتبته، ويعد نفسه لادارة برنامج مجموعة التدريب عندما يترفع لمرتبة رئيس المنسقين، حيث يتخرج من الدار ويعاد ادخاله الى المجتمع ثانية بعدما تأهل له في هذه الدار بكل المستويات التي مر بها واكتسب مهاراتها التي تؤهبه للعودة ثانية الى المجتمع مؤهلاً متكيفاً.

إن المشكلات التي سيواجهها في هذه المرتبة activating events وعليه أن يتعامل معها تبدو أيضاً باعثة على الشدات والتوترات. ففي هذا المستوى من المسؤولية والوظيفة سيتعرض للتوتر نتيجة تفكيره انه على وشك التخرج من الدار والبرنامج. إذ يميل الى التنبؤ الى امكانية مواجهته للفشل خارج هذه الدار بفعل قصوراته المدركة. فهذا القلق الذي يغمره يعيق من ممارسة مسؤولياته في الدار. وهذا بدوره يحرض معتقداته بكون الأمر مخيفاً أو أنه سيعطي برهاناً على عدم كفاءته إذا لم ينجح في وظيفته كمنسق للدار، أو أنه قد تكسّر مرتبته ليعود الى وظيفة مساعد منسق.

على المستوى المثالي يتعلم منسق الدار التعامل مع مسؤولياته والتدبر بانفعالاته، وأن يتحمل الشدات والانزعاج. وأن علاجه يتركز أيضاً تركيزاً كبيراً على معتقداته الخاطئة التي تدور حول قيمة الذات، ومطالبه للنجاح. فإذا ما برهن في هذه الوظيفة على قدرته

على التدبر بانفعالاته تدبراً كافياً، وأظهر المهارات التعاملية والقدرات في التفويض بالقرارات من خلال تنظيم العقود مع مرؤوسيه، وانجاز ومراقبة أوراق العمل بدون أن يبدي اضطراباً انفعالياً هاماً، فإنه والحالة هذه يعد مؤهباً للترفيع للمرتبة التالية وهي الرئيس المنسق.

و ـ وظيفة المنسق الرئيس:

يتمتع المنسق الرئيس بكامل الامتيازات تقريباً إذ يحصل على أكثر الساعات في الزيارة من قبل الغير له، ويسمح له بمغادرة الدار في أوقات مأذونة لمشاهدة الأفلام في المدينة، وحضور المباريات الرياضية، أو الانخراط في التسليات الأخرى.

وبهذه الامتيازات، كما هي موجودة في خارج الدار، تبرز مسؤوليات اضافية. فالمنسق الرئيس هو رئيس الدار، ومسؤول مسؤولية كاملة عن جميع وظائف برنامج الدار العلاجي التدريبي. فهو الذي يدير الدار ويلبي ويجيب عن كل شيء في هذه الدار. وتحت امرته جميع المراتب التي هي دونه. وبهذه الامتيازات فهو يواجه مواقف ومحرضات على درجة مناسبة من التوتر والشدات.

واضافة الى ذلك فإن المنسق الرئيس يواجه توقع الدخول الى المجتمع ثانية بعد تخرجه من الدار. وهنا تأخذ المعتقدات الخاطئة بالظهور الى السطح. فالأفكار يجب الاّ تظهر أية علامات صعوبة في التعامل مع الدخول ثانية الى المجتمع، وعليه أن يدخل الى المجتمع ثانية بدون قلق يقوده الى خبرات كرب وشدة وقلق. فالتنبؤات

السلبية حيال قدرته في العمل ضمن المجتمع غالباً ما تكون نشطة فعالة. فجميع هذه القضايا تكون طحنة في مطحنة الجماعة والعلاج النفسي الفردي.

وحالما يبرهن هذا الرئيس على قدرته في ادارة الدار، والتدبر الذاتي تدبراً مناسباً رغم هذه المشكلات التي ذكرناها، ويتعامل تعاملا فعالا ومسؤولا خارج الدار (في المدينة)، حينئذ يكون جاهزاً للخروج من الدار وليصبح مستقلا تماماً. فاعادة ادخاله للمجتمع وهي المرحلة التالية والأخيرة من علاجه تفرض أن يكون قادراً على التمتع بالاستقلالية الذاتية. وعليه الاّ يمتلك فقط المصادر الشخصية (القدرات الذاتية) ولكن أيضاً امتلاك جهاز الدعم المناسب الايجابي خارج الجماعة العلاجية التي كان فيها.

في هذه المرحلة يتعين عليه أن ينظم رسالة تخرج تتضمن وصف العلاج ومنافعه الذي مر فيه، وما هو تصميمه في الاستمرار باعادة تأهيل ذاته، وما هي مخططاته في هذا الخصوص.

وهذه الرسالة يفترض أن تعكس معرفة هذا المتدرب في مسألة المعتقدات الخاطئة التي تؤدي الى الادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية وما هي المواقف والسلوكيات التي كانت مخربة للذات عنده سابقا. وعليه أيضاً أن يبرهن على معرفته عن ماهية الاستراتيجيات الناجحة في التعامل وفي مناهضة الأفكار الخاطئة التي تجعله متحرراً من الكحول والمخدرات دوماً وما أن ينهي هذه الرسالة المطلوبة بمضامينها حينئذ يتخرج كيما يكون مؤهلا للمرحلة التي بعدها، أي

اعادة الدخول الى المجتمع Reentry.

ز ـ مستوى وظيفة اعادة الدخول الى المجتمع:

تعني اعادة الدخول الى المجتمع التخرج من البرنامج وحيازته على شهادته، فيصبح حينئذ على مستوى مريض يعالج خارج الاصلاحية العلاجية التي كان فيها.

فخلال الـ ٢٨ يوماً الأولى من اعادته الى المجتمع يعود الى البرنامج السابق الذي أخذ منه. أي بتعبير آخر أي التسليح باستراتيجيات التعامل، وأيضاً بالفلسفة العملية والعقلانية الجديدة حيال الحياة. فزبون مستوى اعادة الدخول يدير جماعات جاهزة ومعدة لبرنامج المقيمين لتعليمهم مواد البرنامج والعلاج العقلاني ـ الانفعالي، ومساعدتهم على حل مشكلاتهم. وهذا يخدم تعزيز مواد البرنامج والتفكير العقلاني في ذهنية هذا الزبون، يواجه زبون اعادة الدخول الى المجتمع الشدات الحياتية الحقيقية. إنه في هذه المرحلة الحياتية مع المجتمع وجهاً لوجه يواجه ميدانياً وعملياً تلك الأشياء كما تبدو في التفاعل الاجتماعي التي كان سابقاً يهرب منها ويتجنبها قبل العلاج.

فهو يواجه الوظيفة والتوظيف والثبات عليها، وأيضاً الذهاب الى المدرسة كيما يقيم علاقات اجتماعية تكيفية والاندماج في أسرته والعيش مستقلا معتمداً على ذاته، يتحمل المسؤولية وذو كفاية ذاتية. وهو في هذه المرحلة من اعادة التأهيل يطبق ما تعلمه من مهارات

خلال العلاج عندما كان في الدار. فما كان يعوزه سابقاً في السيطرة على الكحول أو المخدرات أضحى الآن يملك هذه السيطرة. وهو يستمر في العلاج الفردي ومرتبط بالعيادة الخارجية التي تستمر في تزويده بما يحتاجه من دعم علاجي كيما تتعزز عنده مهارات التعامل والتصدي للنزوعات والأفكار الخاطئة المضعفة لارادته كما ويعينه هذا العلاج على التعرف على الأفكار الخاطئة الجديدة والمحرضات والموترات للسيطرة عليها.

١١ ـ العلاج الجماعي:

إن جميع المنخرطين في برنامج العلاج التدريبي التأهيلي Residents يتلقون في مجموعات وفي كل مستوى من البرنامج، العلاج العقلاني ـ الانفعالي. ويتركز العلاج الجماعي على مساعدة أفراد العلاج في تنمية المعتقدات والمواقف العقلانية واغنائها وذلك ليس في ميدان التدريب البرناجي فحسب بل أيضاً إزاء الاهتمامات الحاضرة القائمة والاهتمامات الماضية، والاهتمامات في ميدان اعادتهم الى المجتمع ثانية.

فالمجموعات العلاجية في هذا النوع من العلاج تكون نشطة وموجهة ويكون هذا النشاط قائماً على حل المشكلات. أما المعالجون فهم دوماً يقومون برصد تقدم الفرد المقيم المتعالج في اطار مجموعات العلاج النفسي الجماعي. إذ في كل جلسة يعمد كل فرد الى طرح انزعاجاته الانفعالية، وفشله في مواجهة المسؤوليات لتكون موضوع المعالجة. ومن ثم يعمد المعالج الى مساعدة المقيم في التعرف على

الأفكـار الخاطئـة التي هي وراء تلك المتاعب النفسيـة، ومنـاهضتهـا واقامة معتقدات جديدة صالحة

وخلال اجتماعات أعضاء الهيئة المعالجة الرسمية وغير الرسمية فـإن قادة الجمـاعة والمعـالجين الفـرديين يتقـاسمون استبصـاراتهم في المعتقدات الخاطئة للمقيمين. وهـذا ما يسـاعد عـلى ضمان إمكـانية أحد هؤلاء على تصحيح معتقدات بعض المقيمـين لأفكارهم الخـاطئة عند ظهورها.

ولجعـل العلاج الجمـاعي يأخـذ الصفـة الخـاصـة الشخصيـة وبالتالي التعرف على الأفكار والمعتقدات الخـاطئة الخـاصة بكـل فرد، تحدد وظائف وتـدريبات بيتيـة لكل فـرد يتعين عليـه تنفيذهـا فمثلا يـطلب من المتعالجـين المقيمين صيـاغة ١٠ معتقـدات خاطئـة أوردها العـلامة البـرت أليس بلغتهم الخاصـة كما ويـطلب منهم الاحتفاظ بـدفتر خـاص يرصـدون فيه المـواقف التي تثير انـزعاجـاتهم وبالتـالي تسجيل المعتقدات الخاطئة. فيما يخص الوقـاية من الانتكـاس، يتعين على المتعالجين التفكير في المواقف المستقبلية حيث تظهر فيها المعتقدات الخاطئة التي تكون فاعلة في اثـارة نزوعـاتهم نحو المخـدر أو المسكر وهنـا فإن قـادة المجموعـات يعدون منهجـاً للمكافـآت والعقـوبـات (حـوافز ايجـابية وأخـرى عقابيـة) إزاء الوظـائف والتدريبـات البيتيـة الواجب تنفيذها ويكون التجاوب والمطاوعة في هذا التنفيذ ١٠٠٪. والمجموعات غالباً ما تكون تمارس الخبرة في طبيعتها.

ويتضمن العـلاج بعض التقنيات الخـاصة بـالعلاج الفشتـالتي

(مثل الكرسي الفارغ، أو الجلوس الساخن) عندما يكون المتعالجون في حالة اثارة وتهيج ويطلب منهم تحديد الأفكار الخاطئة، ومن ثم مناهضتها وتبديلها والتي تؤدي الى انزعاجاتهم. وعادة لا يصبحون منزعجين بهدف الاستجابة ولكن في عملية ابراز معتقداتهم الخاطئة. وناحية أخرى تطبق تمارين التخيل[1] العلاجي، والهجوم على الخجل غير السوي ميدانياً، ولعب الدور Role play، والتمارين ذات الطابع التي تواجه المشكلات Confrontational Drills لامتلاك مهارات التعامل، اضافة الى التدريبات الخاصة بالتلقيح ضد التوتر Stress In-oculation Exercices.

١٢ - تبديل المنبهات المنشطة للمعتقدات الخاطئة ضمن الجماعة العلاجية:

الى جانب تقديم العون للمتعالجين ضمن الجماعة العلاجية من أجل تبديل الطرق الخاصة في تفكيرهم والارتباط بالعالم الخارجي الواقعي، فإن هذه الجماعة العلاجية تساعد المتعالجين أيضاً على تبديل المواقف السلبية المثيرة لأفكارهم الخاطئة أو الحوادث المنشطة لتلك الأفكار في حياتهم. فمثلا يتعلم هؤلاء المتعالجون مهارات العمل بحيث عندما يتم اعادة ادخالهم الى المجتمع فإنهم يواجهون بعمل صعب أو بالبطالة. وأيضاً يستطيعون الحصول على شهادة عامة صادرة عن الجماعة العلاجية تمكنهم من الحصول على تسهيلات

١ - راجع كتاب العلاج النفسي الذاتي بقوة التخيل: تأليف الدكتور محمد حجار. دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض ١٩٨٩م.

عمل بالتعاون مع السلطات الأخرى كوزارة العمل والشئون الاجتماعية. وناحية أخرى تعمد الجماعة العلاجية الى تشكيل أو خلق جهاز دعم ايجابي لكل متعالج حالما ينخرط من جديد في الحياة الاجتماعية، وأن الخطوة الأولى هي مساعدة اسرة المتعالج للتعامل معه تعاملا أفضل. وهذا يتم من خلال الجماعات الأسرية (مثلا الزائرات الاجتماعيات ومندوبات الاتحاد النسائي وغيرها من المؤسسات الاجتماعية الخيرية). ثم إن أعضاء الأسرة يتعلمون كيف يمكن تطبيق وسائل الاشراط الاجرائي (أي اثابة السلوك الجيد وتعزيزه وعدم اثابة السلوك المنافي) في تعاملهم مع الابن أو الابنة عند العودة من جديد الى أجواء الأسرة.

ثم هناك اجراءات تتخذها الجماعة العلاجية في عملية اعادة المتعالجين الى المحيط الاجتماعي حيث يخضع الزائرون الى فحوص بولية للتأكد من أنهم ليسوا من أولئك المدمنين. كما وأن علاقة هامة بين المتعالج وآخر من المجتمع يجب أن تقترن بموافقة قادة الجماعة في الهيئة المعالجة واخضاع هذه العلاقة الى معايير معينة للتأكد من أن مثل هذه العلاقة الصداقية هي سليمة وخالية من أية سلوكيات ادمانية

الفصل الثاني عشر
المهارات التي يجب أن يمتلكها المعالج

في هـذا الفصل سنـأتي على ذكـر بعض الأفكـار والمقتـرحـات لأولئـك الذين يتعـاملون مع هـذا النمط من العلاج من المعـالجين في علاج المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية

وبكل تأكيد إن التعامل مع المـدمنين هـو عمل قـاس يحتاج الى صبر وأناة وحماس، ومتابعـة ولكن يكون صعبـاً جداً هـذا التعامـل عندما يعتقد المعالج بهذه الصعوبة.

والقيـام بالعمـل الصعب يحتـاج الى التمكن الفعـال بـأرضيـة العلاج العقلاني ـ الانفعالي مع المدمنين. اضافة الى خلق مجموعة من المواقف المنطقية والواقعية ازاء هذا العمل من جانب المعالج.

١ ـ مواقف المعالج:

يشير العلامة البرت أليس (١٩٨٥) الى أن المعالج بـاستطاعتـه أن يكـون هو نفسـه زبونـاً صعباً ويسبب لنفسـه بعض الصعـوبـات والمتاعب عند التعامل مـع المدمـين الصعبين. إذ بـامكان المعـالج أن يزعج نفسه بمعتقدات خـاطئة حيـال ذاته، وبـالمتعالجـين وبمشكلاتهم وبـطبيعة نتـائج عمله العـلاجي واذا ما سـار في هذا الـطريق، فإن المشاعر المضـطربة النـاتجة من شـأنها أن تعيق الأداء الفعال ـ وتجعـل عمله أكثر صعوبة مما هو عليه في الواقع، ويتـرتب عن ذلك الفقـدان

التدريجي لاعتبار واحترام ذاته وللزبائن المتعالجين أيضاً وعندما يأخذ بهذا الطريق المدمر لذاته، فإنه يعطي أنموذجاً لمرضاه المتعالجين التحمل المنخفض للاحباط، والسلوك الذي يفرض على الذات المطالب. وتجنب الازعاج، وهي السلوكيات الجوهرية السلبية التي يسعى المعالج الى تبديلها عند المدمنين.

ولعل أفضل طريقة فعالة التي يتحرر فيها المعالج من صعوباته الذاتية هو أن يتعلم التعرف على أفكاره الخاطئة والعمل على مناهضتها وتبديلها، كما يعمل تماماً في التعرف على مثل هذه الأفكار عند زبائنه وتبديلها. وأن ما ينطبق من مقولات خاطئة يفرضها على نفسه مثل «الوجوب Shoulds» ذات الصفة المطلقة وغيرها من الالزاميات التي ذكرناها يجب أن تكون ضمن منظوره فلا يسمح لها بالسيطرة على أفكاره.

لقد حدد البرت أليس عدداً من المعتقدات الخاطئة التي عادة ما يحملها المعالجون في نفوسهم، بحيث أن هذه المعتقدات إذا ما تركت بدون تبديل من شأنها أن تقود الى علاج غير فعال، وفشلهم في مهمتهم وعملهم. من أحد هذه المعتقدات اللاواقعية الخاطئة مثلا «يجب أن أكون ناجحاً في علاجي لجميع زبائني المرضى المدمنين» فحمل مثل هذا المعتقد، وبخاصة إذا ما نكس المدمن بعد معالجته، فإنه سيلصق تهمة الفشل بذاته. والواضح أنه يستحيل أن يكون المعالج ناجحاً في علاجه لكل مدمن في تخليصه من عادته السلوكية الادمانية أو الاستمرار في التحرر من الادمان.

فالنكس في طريق الشفاء هو بمثابة قاعدة وليس هو استثناء. وأن القاء المعالج اللوم على ذاته بسبب الفشل أو النكس لا يخلق الازعاج فقط ولكن هو عمل مضاد للعلاج ذاته. كما وأن الدفاع عن ذاته بسبب هذا الفشل بأن يلقي تبعة فشله على المريض ذاته هو اجراء لامنطقي خاطىء. وهذا من شأنه تعقيد المشكلة ثم إن ذم المريض بسبب هذا الفشل يقود الى الغضب ضده الأمر الذي يفضي الى قطع العلاقة العلاجية.

وفكرة خاطئة قد يحملها المعالج هي: «يجب أن أكون معالجاً بارزاً مشهوراً، وأحسن من أي معالج آخر معروف». ومثل هذا المعتقد يجعل مسألة النجاح العلاجي أو فشله أكثر حدة. فالمطلب أن المريض الكحولي إذا نجح في التحرر من ادمانه سينظر اليك على أساس معالج فذ قدير من قبل المعالجين الآخرين، وهذا ما يقودك الى عدم المرونة، الأمر الذي لا يساعد المرضى تعلم التفكير المستقل المنطقي القديم. وثمة جانب سلبي آخر في هذا المطلب هو اعتمادك عاطفياً على الزبون المتعالج وعقابيله معاناة الاكتئاب وزوال الوهم.

إن الكحوليين أصلا على درجة مناسبة من الحساسية لهذا النوع من الارتباط بالآخرين ويردون (يستجيبون) على علاجك بالمقاومة، وبطرق عدوانية وصادة. وعندما ترفع من ذاتك الى صفة التمييز وعلو الشأن (أي أنا أحسن من الآخرين)، وتحول هذه الرغبة الى مطلب، فإنك ستدخل في طريق المتاعب العلاجية

ثم إذا ما ابتغيت أيضاً حاجة المريض للاعتراف بأنك معالج

ماهر، فإنك أيضاً تقع في قبضة الغم والكرب، والارتباط العاطفي به مما يسيء الى العملية العلاجية. وإذا كان تفكيرك أو معتقدك الخاطى- يدور حول: «يجب أن أكون على درجة كبيرة من الاحترام ومحبوباً س قبل جميع زبائني فأنت ستكون في مشكلة عندما يتصرفون معك تصرفاً غير لائق ولا مؤدب».

ولا تنسى أنه إذا كان بعض زبائنك الذين يريدونك هم أكثر انفتاحاً نحو تأثيرك، فإن قلة من الذين يتعاطون المخدر أو المسكر قد يكرهونك للعديد من الأسباب. وفضلا عن ذلك فإن المرضى الذين يحبونك حقاً هم أقل رغبة في الاعتراف بهفواتهم، وأن علاقتك قد تعيق من تأمين العلاج الجيد. هذا ورغم أن المريض وأنت مرتاحان الى مثل هذه العلاقة، الاّ أنه ولا واحد منكما سيستفيد س هذا الشكل من الارتباط لمدة طويلة. وهناك سوء تصور آخر يحمله بعض المعالجين يتمثل في الاعتقاد التالي الخاطىء: «بما أنني أعمل كل ما في وسعي، وأبذل كل جهدي كمعالج يتعين أيضاً على المتعالج أن يكون متساوياً معي في هذا العمل والجهد والمسؤولية، وعليه أن ينصت اليَّ بكل اهتمام، ويدفع نفسه دائماً الى التبديل».

إن هذا المطلب نحو زبائنك من المدمنين والمرضى معناه عملياً ضمان اضطراب الوظيفة الانفعالية ومس ثم تلح عليهم أن يكونوا متحررين بجزء من مجموعة أعراضهم الرئيسية ونقصد التحمل المنخفض للاحباط والتمرد حيث أن هذه العلة هي جوهر سبب ادمانهم.

وبالطبع من المرغوب بالنسبة للمعالج والمريض أن يعملا

بجـدية وبتصميم وبعـزم الاَّ أنه ليس من الضـرورة أن يكون كـذلك عدد كبير من المرضى على هذه الصورة من الايجابية المـطلوبة. وأن ذم هؤلاء المرضى على هذه المواقف التي يتخذونها من العلاج غير المتناسبة مع جهد المعالج الذي يبذله، هذا الـذم يسيء الى العلاج. إن رفض المدمن وادانته على ضعف حافـزه نحو العـلاج هو مـوقف سابق كـان يقفه المعالجون نحو الكحولية والادمـان على المخـدرات. أما المعـالج الذي يأخـذ بالعـلاج العقلاني ـ الانفعـالي فهو يتفـاعل مـع المتعالـج المدمن لحفزه وليس لذمه وادانته لمشكلاته التي جاء من أجل حلها.

وناحية أخرى على المعالج الاَّ يعمم أفكاره ومواقفـه على جميـع المـدمنين لأن هـذا يؤدي الى الضيق الشخصي والعلاج غـير الفعـال، فعنـدما يعتقـد أن جميـع متعـاطي المخـدرات والمؤثـرات العقليـة هم معارضون، مجادلون مثبطو الدوافـع مرتبـطون بالغـير، فإن المعـالج بهذه المعتقدات المعممة يقود ذاته الى نهاية ميتة ومثل هذه المعتقدات لا تشجع على الاستبصار الانفعالي أو التغيـير الطويـل الأمد في سلوك المتعالج.

٢ ـ المراقبة الذاتية من أجل علاج أفضل وأداء علاجي:

هنـا يحسن أن نتكلم عن المـواقف والمهـارات التي تكـون أكـثر ملاءمة نحو علاج أفضل مع مرضى الادمان على المخدرات والمؤثرات العقليـة. لقـد وصف العـلامـة البـرت أليس (١٩٨٥م) مـا يعتقـده لبعض الصفات النوعية الايجابية للمعالجين الفعالين. وهذه الصفات هي التالية المبينة في الجدول:

صفات المعالج الفعال

١ ـ الاهتمام الجاد والحيوي في مساعدة زبونه المريض، والعمل بطاقة لانجاز هذا الاهتمام.

٢ ـ القبول اللامشروط للمريض كفرد، بينما يسعى الى معاكسة ومناهضة الأفكار السلبية الانهزامية، وتحسين مشاعره وسلوكه

٣ ـ واثق من قدرته العلاجية بدون أن يكون متفاخراً أو متصلباً يعتقد اعتقاداً قوياً بالتقنيات الرئيسية التي يأخذ بها.

٤ ـ يتصف بثقافة علاجية نظرية متسعة الأفاق وممارسة وخبرة جيدتين تتسمان بالمرونة وبالعلمية، وهو منفتح دوماً لاكتساب مهارات جيدة.

٥ ـ فعال في الاتصال والتعليم مع زبائنه المرضى لخلق طرق جديدة من التفكير عندهم.

٦ ـ لديه القدرة والقابلية في تعامله مع اضطراباته وتحسينها ومعافى من القلق والاكتئاب، والشعور بالصغارة والميل الى الاستجداء.

٧ ـ هو صبور، ومثابر، وصادق، ويعمل بجد في محاولاته العلاجية.

٨ ـ يتمتع بالصفات الأخلاقية المهنية، وبروح المسؤولية، ويستخدم العلاج لمنفعة المريض وليس بهدف لمنفعته الذاتية ومصلحته.

٩ ـ هو مهني وله مكانته في الوسط العلاجي، ومع ذلك فهو قادر على الاحتفاظ بالمشاعر الانسانية، والتلقائية العفوية، والتوظيف الشخصي بما يعمله.

١٠ ـ هو مشجع ومحفِّز، ومتفائل ويظهر هذه الخصال لمرضاه ويقدر التبديل مهما كان صعباً وهو دوماً في كل الأوقات يدفع المرضى

بقوة لتبديل سلوكهم.

١١ ـ لا يقدم العون للمرضى لكي يشعروا بالتحسن وازالة أعراضهم فقط بل أيضاً يحاول مساعدتهم لخلق تبدلات عميقة في المواقف مما يمكنهم في الابقاء على التحسن، والاستمرار بهذا التحسن، وزوال الاضطراب مستقبلا

١٢ ـ هو حريص على تقديم العون لكافة المرضى، وبحرية وبطواعية يمكّن تحويل المريض الى معالجين آخرين عندما يشعر أنه لا يستطيع تقديم العون، كما ولا يكون ضعيف الانخراط مع المريض ولا مفرط الانخراط به. ويسعى باخلاص للتغلب على مواقفه المتحيزة ضد المريض التي تسيء الى علاجه

١٣ ـ يمتلك قدرة الملاحظة الكافية والحساسية تجاه الآخرين، والذكاء الجيد، والحكم السليم للحيلولة دون أن يندفع المريض لاتخاذ قرارات طائشة غير حكيمة، ولا أن يؤذي ذاته

مراقبة المعالج لذاته في تقرباته العلاجية نحو مرضى الادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية

الأسئلة التي يطرحها على ذاته:

١ ـ هل أنا راض عن مساعدة مريضي مساعدة حماسية ومستمرة حتى لو لم يبد اهتماماً في مساعدة نفسه؟

٢ ـ هل أنا واثق من قدرتي على تقديم العون للمريض وهل أؤمن حقاً في النفع السريري وعلمياً برهنت على فعالية الطرق والتقنيات التي انتقيتها في معالجته؟

٣ ـ هـل أعـطيت المـريض حقـه من الاهتمـام والاعتبـار في الـطرق والأسـاليب العـلاجيـة التي طبقتهـا عليــه، وأنـا راغب في تعلم الجديد من هذه الطرق وتطبيقها إذا اتضـح لي أن ما اختـرت من الطرق لم تكن مفيدة بالصورة المرجوة في معالجة المريض؟

٤ ـ هـل أنا متحـرر من التحيز النمـطي الخفي أو الظاهـر أو التفكـير الدوغماتي (العقدي) حيال المريض ومن مشكلته الادمانية؟

٥ ـ هـل أن اتصـالي مـع المـريض مجـد وفعـال في المفـردات التي أستخدمها وفي مستوى التجريد، والنمط التفكيري، وبالطريقـة التي أتفاعل بها مع المريض؟

٦ ـ هل أنا فعلا وبأمانة أقبـل المريض كـانسان، وبصـرف النظر عن السلوك العفن الفج الذي يظهره نحو الآخرين ونحوي؟

٧ ـ هـل أحتفظ بالصـبر، والمثابـرة، وبالعمـل الدؤوب تجـاه المريض رغم رفضه الظاهر أو استجابته الضعيفة ازاء الجهـود التي أبذلهـا من أجله؟

٨ ـ هل أنا أشجـع واحفز جهـود المريض في الـوقت الذي امتنـع عن لومه على فشله وذلك من أجل تحسين صورة قبوله لذاته؟

٩ ـ هل أتصرف صراحة أو ضمناً تصرفاً أخلاقيـاً، ومهنياً، ومنـاسباً وبصورة محترمة، وبطريقة خالية من التهجم ازاء المريض؟

١٠ ـ هـل أعترف صـراحة بـأي موقـف سلبي ومشـاعر منـافيـة نحـو المريض أو بجهودي العـلاجية بحيث أسعى إمـا الى ازالة هـذه السلبيـات من نفسي أو أشير الى المـريض بالـذهاب الى معـالج آخر متوخياً منفعته؟

أنموذج خطوات علاجية مثالية

نبين هنا خطوات الجلسة العلاجية النموذجية وفق أسلوب مثالي:

الجلسة ———————— التاريخ ————————

١ ـ تقويم وجود انفعالات مضطربة أو سلوكيات.

٢ ـ الكشف عن قابلية التكيف لانفعالات المريض وسلوكياته.

٣ ـ تقويم وجود ونوع التفكير الخاطىء.

٤ ـ الكشف عن التكيفية الخاصة بجهاز معتقد المريض.

٥ ـ ايضاح الحوادث أو المنبهات المنشطة للعمليات المعرفية.

٦ ـ عرض الافتراض حول معنى المعتقد الخاطىء وآليته للمريض.

٧ ـ تعليم المريض الربط القائم بين ب ــ ث (أي المعتقد المسبب للانفعال أو السلوك).

٨ ـ تعليم المريض الفرق بين المعتقدات الخاطئة والصائبة الصحيحة

٩ ـ عرض المعتقدات الصائبة البديلة عن المعتقدات الخاطئة.

١٠ ـ شرح فلسفة مناهضة المعتقدات الخاطئة.

١١ ـ شرح التخيل العقلاني ـ الانفعالي.

١٢ ـ تحديد الواجبات البيتية والتمارين الواجب انجازها.

١٣ ـ تقويم انفعالات المريض، وأفكاره وسلوكياته التي تبرز عندما يحاول المريض تنفيذ تمارينه البيتية.

١٤ ـ المناهضة التجريبية للأفكار الخاطئة.

١٥ ـ تعليم تكرار الأحاديث مع الذات.

١٦ ـ مساعدة المريض على توليد الحلول البديلة للمشكلات العملية.

١٧ ـ مساعدة المريض على تقويم الفعالية للحلول البديلة.

١٨ ـ التكرار السلوكي للحلول الجديدة للمشكلات العملية الميدانية.

١٩ ـ التدريب على الاسترخاء أو التخيل الاسترخائي.

أعط درجات لمحاولات المريض في تنفيذ تمارينه البيتية التي أعطيت له في الجلسة السابقة وفق السلم التالي:

١ ـ لم ينفذ تدريباته البيتية.

٢ ـ نفذ جزءاً مس تمارينه البيتية.

٣ ـ أنجز بعض تمارينه البيتية.

٤ ـ أنجز معظم تمارينه البيتية.

٥ ـ أنجز كاملا تمارينه البيتية

التعليقـــات:

المراجـــــع

1- Bandura, A. (1982) Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. American Psychologist. 97 (2) 122-147.
2- Bard, J. (1980) Rational-Emotive Therapy in Practice, Champaign, IL:Research Press.
3- Beck, A. (1976) Cognitive Therapy and the Emotional Disorders, New York, International University.
4- Ellis, A. (1979) Rational-Emotive Therapy: Research Data That Support Thechnical and Personality Hypotheses.
5- Ellis A. (1980) Rational-Emotive Therapy and Cognitive Behavior Therapy. Cognitive Therapy and Research 4, 325-340.
6- Marlatt, G.A. (1983) The Controlled Drinking Controversy. American Psychologist (10) 1097-1110.
7- Vaillant, G.E. and Milosfsky (1982). The Ethiology of Alcoholism. A Prospective Study, American Psychologist, 37, 494-503.
8- Wolpe, J. (1982) the Practice of Behavior Therapy New York, Pergamon.

طبعت بالمطابع الأمنية بدار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب
بالرياض ١٤١٣هـ - ١٩٩٣م

دار النشر
بالمركز العربي للدراسات
الأمنية والتدريب بالرياض

ك ـ ١٤٠